

M 2013

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# O AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *EUROPEAN HEART FAILURE  
SELF-CARE BEHAVIOUR SCALE* PARA O CONTEXTO PORTUGUÊS

FERNANDA ÁVILA DA COSTA PEREIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM



FERNANDA ÁVILA DA COSTA PEREIRA

## **O AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:**

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *EUROPEAN HEART FAILURE SELF-CARE BEHAVIOUR SCALE* PARA O CONTEXTO PORTUGUÊS

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor Paulino Sousa

Categoria: Professor Coordenador

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador: Professor Mestre Miguel Padilha

Categoria: Professor Adjunto

Afiliação: Escola Superior de Enfermagem do Porto



*Quando algum bom propósito ou algum projeto extraordinário nos inspira, todos os nossos pensamentos se libertam, nossas mentes transcendem seus limites, nossa consciência se expande em várias direções e nos vemos em um mundo novo, grande e maravilhoso. Forças, habilidades e talentos adormecidos ganham vida e descobrimos que somos muito maiores do que jamais sonhamos que pudéssemos ser.*

Pantajali



Dedico este trabalho a todos aqueles que o tornaram possível, em especial aos clientes com Insuficiência Cardíaca que participaram e aos que não puderam participar deste estudo....





## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade de percorrer caminhos que antes nunca imaginei passar e acima de tudo, por me permitir realizar mais este sonho.

Ao Profº Doutor Paulino Sousa e ao Profº Mestre Miguel Padilha pelas orientações, disponibilidade, paciência, confiança, rigor e exigência demonstrada ao longo de todo o percurso deste estudo e também por partilharem comigo esta caminhada.

Aos professores do Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, pelos ensinamentos e contribuições...fontes de inspiração desta jornada.

Ao diretor das Consultas Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de São João, Drº Paulo Bettencourt por permitir a realização deste estudo, e à Enfª Zulmira e ao Enfº Gonçalo pela disponibilidade, ajuda e pela colaboração dispensada.

Aos meus pais, que muitas vezes abdicaram dos seus sonhos em função dos meus, e por terem acreditado em mim...o sonho hoje é realidade!

À D. Paula e ao Drº Joaquim Gonçalves, anjos na minha vida que permitiram que eu chegasse até aqui...aos dois não há palavras que possam expressar a minha eterna gratidão. À D. Ana Maria Laverco outro anjo que conheci e hoje reza por nós. À Zezinha, Teresinha e ao Sr. Vítor pela ajuda e por me acolher como parte da vossa família. Muito obrigada! À minha tia Maria Fernanda pelo carinho e apoio.

Aos amigos que conheci longe de casa, isto é, aos amigos em conquistei e conquistaram-me em Portugal e ganharam um lugar muito especial dentro do meu coração...À Sofia Amorim pela nossa amizade, convivência, e pelo apoio...adoro-te muito amiga! À Teresinha pelas trocas de turnos, à Maria Odete pela ajuda no WSI, à Naira, Soraia, e à Maria do Céu que partilharam comigo todas as alegrias e angústias desta decisão e pela ajuda prestada.

Às minhas amigas brasileiras que mesmo longe sempre torceram por mim...Viviani, Fernandinha, Lili e à Aline Santos. Valeu amigas!!!. Ao Moacyr pelas nossas intermináveis conversas, pelos conselhos e incentivo.

Deixo também um enorme agradecimento a todos os idosos e funcionários do Lar do Comércio e em especial a Drª Marta e ao Sr. Moura...muito obrigada pela oportunidade dada, a alegria e o mérito de finalizar este percurso da minha vida também é vosso. E a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste trabalho... O meu MUITO OBRIGADA!!



## RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma patologia crónica de evolução lenta e progressiva, com grande impacto sobre a qualidade de vida dos clientes, provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades de autocuidado. O défice de competências de autocuidado nos clientes com IC pode justificar o elevado consumo de recursos hospitalares, por agudização e consequente recurso ao serviço de urgência e internamento. Desta forma, o desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC é fundamental para o controlo, tratamento da doença, e para a gestão eficaz do regime terapêutico. Para que a intervenção de enfermagem promova o desenvolvimento de competências de autocuidado nestes clientes, torna-se fundamental disponibilizar aos enfermeiros recursos que viabilizem a obtenção de informação relevante para suportar o processo de decisão clínica. A preocupação em responder a esta necessidade conduziu-nos a realização deste estudo que encontra-se dividido em dois momentos: um primeiro de carácter metodológico, com a finalidade de traduzir e validar para o contexto português a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* – Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC); e um segundo momento de natureza exploratória e descritiva recorrendo a uma amostra consecutiva de conveniência constituída por 129 clientes com Insuficiência Cardíaca acompanhados na consulta de um hospital Português utilizando a EEAIC. O instrumento de medida alvo deste estudo foi traduzido e adaptado para o contexto português de acordo com o referencial teórico proposto para a adaptação cultural e linguística de instrumentos de medida. O estudo das propriedades psicométricas da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca revelou um nível de fidelidade adequado, apresentando um valor *Alpha de Cronbach* de 0,74 para a versão de 12 itens e 0,72 para a versão de 9 itens. A validade do instrumento foi suportada pela validade de conteúdo ratificada por um grupo de peritos e pela validade de constructo através do recurso à análise fatorial exploratória, da qual resultaram três dimensões explicativas. Uma primeira dimensão designada de “Procura de ajuda” que inclui itens que correspondem à forma como os clientes percecionam a sua condição de saúde e como lidam com os desafios percebidos, solicitando a ajuda dos profissionais de saúde, atribuindo-lhes o controlo da sua saúde. Uma segunda dimensão designada de “Atividades de adaptação” que remete às atividades propostas para o tratamento não-farmacológico da Insuficiência Cardíaca, como controlo do peso corporal e a prática de exercícios físicos e por uma terceira dimensão designada de “*Compliance*” que remete para a associação do comportamento do cliente face às orientações dos profissionais de saúde. A amostra do estudo foi constituída por clientes com uma média de 69,8

(SD $\pm$ 11,91) anos de idade, sendo na sua maioria do sexo masculino (64,3%) e reformados (82,2%). No momento em que foram inquiridos apresentavam um valor médio de FEVE de 37,24% e referiram que a Insuficiência Cardíaca os tem impedido de realizar atividades do dia-a-dia que antes conseguiam fazer sem ajuda (74,4%). No estudo verificamos um valor médio do score total obtido no instrumento de 12 e 9 itens respetivamente de 24,99 $\pm$ 7 (*Med.*=25 *Mo.*=25) e 19,57 $\pm$ 6 (*Med.*=19 *Mo.*=19). Ao analisarmos as correlações entre as dimensões da escala verificamos que as três dimensões encontram-se interligadas em si, validando a conceção teórica do instrumento, percebemos também que a variável idade apresenta uma correlação positiva com a dimensão “Atividades de adaptação e uma correlação negativa com a dimensão “*Compliance*”. A FEVE não apresenta nenhuma correlação com as três dimensões identificadas. Neste estudo, constatamos que as mulheres com IC são mais resistentes às mudanças de comportamento do que os homens com IC. A realização deste estudo permitiu disponibilizar para a prática clínica dos enfermeiros e para futuros estudos um instrumento válido, útil, simples, de fácil utilização, que mensura a informação sobre os comportamentos de autocuidado nos clientes com IC.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca; Autocuidado; Instrumento de medida; Enfermagem.

## ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a chronic slowly evolving and progressive, with great impact on the quality of life of clients. It causes functional limitations that lead to decreased ability to perform self-care activities. The skills gap in self-care clients with HF may explain the high use of hospital resources and consequent recourse to the emergency services and hospitalization. Thus, the development of skills in self-care clients with HF is critical for the control, treatment of disease, and the effective self-management. To nursing intervention to promote the development of self-care skills in these clients, it's essential provide the resources to enable nurses reach relevant information to support clinical decision-making. The attempt to answer this need led us to this study which is divided into two stages: a first methodological character, in order to translate and validate to the context the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale - Scale European Self-Care in Heart Failure (EEAIC), and a second stage of exploratory and descriptive nature using a consecutive sample of convenience consisting of 129 clients with heart failure accompanied in a Portuguese hospital using EEAIC. The measuring instrument used in this study was translated and adapted to the Portuguese context according to the theoretical framework proposed for the cultural and linguistic adaptation of measurement instruments. The study of the psychometric properties of the scale in the European Heart Failure Self-Care showed a level of fidelity appropriate, with a Cronbach's alpha value of 0,74 for the 12 items and version 0,72 to version 9 items. The validity of the instrument was supported by content validity ratified by a group of experts and the construct validity through the use of exploratory factor analysis, which resulted in three explanatory dimensions. A first dimension designated "Ask for help" which includes items that match how customers feel your health condition and how to deal with the challenges perceived by requesting the help of health professionals, giving them control of your health. A second dimension designated "Activities of adaptation" which refers to the activities proposed for the non-pharmacological treatment of Heart Failure such as weight management and physical exercise and a third dimension designated of the "Compliance" which refers to the association clients behaviour in relation to recommendation for health professionals. The study sample was composed of clients with an average of 69,8 (SD±11,91) years of age, mostly male (64,3%) and retired (82,2%). At the time they were surveyed had an average left ventricular ejection fraction of 37,24% and reported that Heart Failure has prevented to make the activities of day-to-day than before could do alone (74,4%). The study found an average value of the total score obtained in the instrument of 12 and 9 items respectively 24,99±7 (Med=25 Mo.=25) and 19,57±6 (Med=19 Mo.=19). When analyzing the correlations between the dimensions of the scale

we find that the three dimensions are interrelated itself, validating the theoretical construct of the instrument, we also realize that the age variable has a positive correlation with the dimension "Activities of adaptation" and a negative correlation with the dimension "Compliance". Left ventricular ejection fraction shows no correlation with the three dimensions. In this study we found that women with HF are more resistant to change behaviour than men with HF. This study allowed to make available a tool valid, useful and easy to use for a clinical practice of nurses which measures the information about the development of skills in self-care clients with HF.

**Keywords:** Heart Failure; Self-care; Scales; Nursing.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

---

ACC/AHA – American College of Cardiology/American Heart Association

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

BTS – Teste da esfericidade de *Bartlett* (*Bartlett Test of Sphericity*)

CHSJ – Centro Hospitalar de São João - EPE

Cit. – Citado

Consult. – Consultado

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DR – Diário da República

DGS – Direção Geral de Saúde

Ed. – Edição

EEAIC – Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

EHFScBS – *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*

Et al. – E outros (abreviatura da expressão latina “et alii”)

FEVE - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

g – Gramas

IC – Insuficiência Cardíaca

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

K-S – Teste de *Kolmogorov-Smirnov*

KMO – Teste de *Kaiser-Meyer-Olkin*

Med. – Mediana

Mo. – Moda

Max. – Máximo

Min. – Mínimo

NYHA – *New York Heart Association*

nº – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PNS – Programa Nacional de Saúde

$r_s$  – Correlação de *Spearman*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

SD – Desvio Padrão (*Standard Deviation*)

s/p. – Sem página

U – Teste de *U-Mann-Whitney*

VE – Ventrículo Esquerdo

Vol. – Volume

% – Percentagem



INTRODUÇÃO .....	23
1. – OS CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA .....	26
1.1 – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	26
1.2 – ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO EM CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	32
1.3 - O CONCEITO DE AUTOCUIDADO.....	35
1.4 - A GESTÃO DO REGIME TERAPEUTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	39
1.4.1 - Programas de promoção da gestão do regime terapêutico na Insuficiência Cardíaca .....	40
2. – METODOLGIA.....	43
2.1 - JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO .....	43
2.2 – DESENHO DO ESTUDO .....	46
2.2.1- Tipo de estudo .....	47
2.2.2 - Contexto do estudo .....	47
2.2.3 - População e Amostra .....	47
2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	48
2.3.1 - Variáveis do estudo .....	49
2.4 - PROCEDIMENTOS PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA .....	51
2.5 - PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DOS DADOS .....	52
2.6 - ASPETOS ÉTICOS .....	52
3. - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
3.1 - ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUISTICA.....	54
3.2 - FIDELIDADE DA ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	60
3.3 - VALIDADE DA ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	62
3.4 - COMPORTAMENTO DE AUTOCUIDADO EM CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	68
3.4.1 - Caracterização da amostra.....	69
3.4.2 - Análise das dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca .....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS .....	95

Anexo 01: Autorização da autora da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*

Anexo 02: Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João - EPE para realização da colheita dos dados

Anexo 03: Instrumento Original 12 itens

Anexo 04: Tradução 01

Anexo 05 Tradução 02

Anexo 06: Tradução 03

Anexo 07: Retrotradução 01

Anexo 08: Retrotradução 02

Anexo 09: Versão Síntese das Traduções (Versão 1.0)

Anexo 10: Versão Síntese das Retrotraduções (Versão 2.0)

Anexo 11: Carta aos peritos - Tradução

Anexo 12: Carta aos peritos - Retrotradução

Anexo 13: Grelha de avaliação das Traduções

Anexo 14: Grelha de avaliação das Retrotraduções

Anexo 15: Parte I para recolha dos dados

Anexo 16: Parte II para recolha dos dados

Anexo 17: Carta explicativa do estudo

Anexo 18: Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 19: *Alpha de Cronbach* da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – 12 e 9 itens

Anexo 20: Análise Fatorial da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Anexo 21: *Alpha de Cronbach* dos fatores da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Anexo 22: Teste de *U-Mann-Whitney*

Quadro 1: Classificação da Insuficiência Cardíaca de acordo com sintomas.....	29
Quadro 2: Classificação da Insuficiência Cardíaca baseada na progressão da doença ...	30
Quadro 3: Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia na Insuficiência Cardíaca .....	35
Quadro 4: Valores do Alpha de Cronbach da <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> - 12 itens (validação em diferentes países) .....	61
Quadro 5: Valores do Alpha de Cronbach da <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> - 9 itens (validação em diferentes países) .....	61
Quadro 6: Correlação Item/Total e valor do <i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca - 12 e 9 itens .....	62
Quadro 7: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação <i>Varimax</i> – Dimensão 1.....	65
Quadro 8: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação <i>Varimax</i> – Dimensão 2.....	66
Quadro 9: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação <i>Varimax</i> - Dimensão 3 .....	67
Quadro 10: Score médio global das versões da <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> - 12 itens .....	74
Quadro 11: Score médio global das versões da <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> - 9 itens .....	74
Quadro 12: Matriz de correlação entre os 3 fatores da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, idade e FEVE .....	77



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo.....	50
Tabela 2: Variáveis clínicas dos participantes do estudo .....	70
Tabela 3: Distribuição de respostas por cada item da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca.....	71
Tabela 4: Estatística descritiva dos scores médios das dimensões que emergem da análise fatorial da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca .....	75
Tabela 5: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 1 .....	76
Tabela 6: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 2 .....	76
Tabela 7: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 3 .....	76



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1: Esquema do processo de tradução e retrotradução da <i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i> para o contexto português .....	55
--	----





## INTRODUÇÃO

O estudo que apresentamos realizou-se no âmbito do XIX Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e tem como intuito evidenciar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação em enfermagem.

Partimos do pressuposto que a enfermagem, em consonância com as demais áreas da ciência, necessita de produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação.

Enquanto profissão e área do conhecimento científico, a enfermagem fundamenta-se essencialmente no cuidado e assistência ao ser humano saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais e comunidades em que esta inserido, para que, desta forma recuperem, melhorem ou mantenham a saúde, auxiliando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, não podendo alhear-se dos acontecimentos que afetam a vida das pessoas (Decreto lei nº 161 de 4 de Setembro de 1996).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, publicados em 2001 pela Ordem dos Enfermeiros, salientam que no processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções, os enfermeiros devem incorporar os resultados da investigação na sua prática, de modo que os cuidados de enfermagem possam ser baseados na evidência científica, tornando-se dessa forma, uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade e da assistência prestada.

Assim, os cuidados de enfermagem tem por finalidade *“ao longo do ciclo vital, prevenir doenças e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001; p. 8 e 9). Neste contexto, devemos ter presente que a evolução nos cuidados de enfermagem disponibilizados às populações tem sido influenciada positivamente pelos resultados da investigação na área disciplinar, facto que também tem contribuído para a melhoria do controlo das condições de saúde crónicas.

A ausência de controlo dos clientes com doença crónica sobre a condição de saúde, pode contribuir para a progressão da doença e para uma maior incapacidade, culminando com uma maior procura dos cuidados de saúde. Perante este cenário torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias que permitam assegurar o acesso, a qualidade e o custo-eficácia dos cuidados.

O envelhecimento das populações e os estilos de vida atuais contribuem para o aumento da prevalência das doenças crónicas. No cenário mundial, as doenças do

aparelho cardiocirculatório são as principais causas de mortalidade em ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2012).

A IC (Insuficiência Cardíaca) pelo seu caráter crónico e progressivo exige adoção pelo cliente de comportamentos e regimes terapêuticos que visem o controlo da sintomatologia e da progressão da doença. Apesar de todo o investimento na área médica no diagnóstico e tratamento da IC, a literatura aponta para a existência de diferentes causas para o elevado número de internamentos destes clientes, sendo a gestão ineficaz do regime terapêutico uma das principais (Sayers et al., 2008).

Atualmente a multidimensionalidade do impacte desta doença sobre o cliente exige, que os profissionais de saúde incorporem na prática de cuidados novas metodologias para a prevenção, controlo e tratamento da doença. É neste contexto, que a promoção da gestão do regime terapêutico surge como uma resposta no âmbito da saúde às condicionantes impostas pela doença, de forma a capacitar o cliente para o autocontrolo da sua condição de saúde e melhoria da sua qualidade de vida (Padilha, 2010).

Os enfermeiros para ajudarem de forma efetiva os clientes com doenças crónicas a integrarem regimes de tratamento no quotidiano, necessitam de implementar mudanças que tenham por objetivo uma maior sistematização da ação. Estas mudanças devem promover o envolvimento dos clientes nos cuidados e assegurar a continuidade e efetividade dos cuidados.

O Ministério da Saúde (2012) salienta que os sinais e sintomas associados à descompensação da IC, no ano de 2009, foram a quinta causa de internamentos potencialmente evitáveis. Estes internamentos potencialmente evitáveis podem refletir, entre outros, o défice de competências dos clientes no domínio do autocuidado-gestão do regime terapêutico, motivo pelo qual torna-se fundamental para a abordagem terapêutica desenvolvida pelos enfermeiros, caraterizar o comportamento de autocuidado dos clientes. A caraterização do comportamento de autocuidado nestes clientes pode ser conseguida através da utilização de instrumentos, que englobem dimensões que estão além do protocolo terapêutico instituído e das competências dos profissionais de saúde, mas que sejam sensíveis as dimensões como as dos fatores intrínsecos aos clientes (como nível de literacia, aceitação do estado de saúde, status cognitivo, capacidades instrumentais, e estratégias de gestão). O comportamento de autocuidado numa situação de doença crónica é influenciado pelo conhecimento do cliente, pela perceção sobre o desafio que a doença coloca no quotidiano, pela forma de progressão da doença, pelo tipo de tratamento e pelo impacte no quotidiano social, profissional, familiar e económico (Padilha, 2010).

A evidência permite identificar os principais domínios sobre os quais os clientes com IC devem desenvolver competências cognitivas e instrumentais de autocuidado, para controlarem de forma efetiva a condição de saúde. Para um processo de tomada de decisão sustentando, os enfermeiros necessitam de instrumentos que disponibilizem informação sobre a evolução do desenvolvimento de competências nos clientes para a gestão de um regime terapêutico eficaz.

Esta problemática alicerçou o desenvolvimento de um instrumento, já traduzido para várias línguas, que a evidência permite identificar como dando resposta positiva à necessidade que descrevemos. Assim, no estudo que apresentamos propomo-nos traduzir e validar para a população Portuguesa a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (Jaarsma et al., 2003; Jaarsma et al., 2009).

Esta dissertação está organizada em três capítulos centrais. A dissertação inicia-se com o primeiro capítulo onde apresentamos uma abordagem teórica, onde descrevemos os elementos conceituais que estruturam este estudo. No segundo capítulo apresentamos as opções metodológicas adotadas e os aspetos éticos que orientaram o estudo. Por fim, no terceiro capítulo abordamos a análise e discussão dos dados obtidos.

## **1. – OS CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Atualmente o aumento da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população, fruto das evoluções no domínio do diagnóstico e tratamento das doenças, está na origem do aumento da prevalência de doenças crónicas, das quais se destaca a Insuficiência Cardíaca. Os clientes com IC para controlarem a progressão da doença, preservarem a qualidade de vida e autonomia no autocuidado necessitam de integrar no quotidiano um regime de tratamento que engloba uma componente farmacológica e uma componente não farmacológica.

No dia-a-dia os clientes com IC são desafiados a integrarem para além do regime farmacológico negociado com os profissionais de saúde alterações no comportamento.

### **1.1 – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

A IC é uma síndrome clínica crónica, progressiva, resultante da dificuldade do músculo cardíaco bombear sangue suficiente para atender as necessidades metabólicas ou tecidulares (*American Heart Association*, 2012). As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem respostas inadequadas do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistémica (Bocchi et al., 2009). Esta patologia é caracterizada por sintomas como a dispneia, o edema e a intolerância progressiva aos esforços, para além do impacto físico, psicológico e social, que decorre da diminuição da capacidade funcional (Stromberg, 2002). Segundo a *National Heart Foundation* (2011) as causas mais comuns da IC são a doença isquémica do coração (presente em mais de 50% dos novos casos), hipertensão (cerca de dois terços dos casos) e cardiomiopatia dilatada idiopática (cerca de 5-10% dos casos).

É relevante para a prática de enfermagem que sejam desenvolvidos estudos no âmbito das doenças crónicas, como a IC, pois de acordo com Evangelista e Shinnick (2008) apesar dos avanços da área médica no tratamento da IC, os clientes continuam a ter complicações clínicas que poderiam ser evitadas e tratadas, através de mais e melhores competências dos clientes no domínio do autocuidado, competências que ajudem os clientes a reconhecerem sinais de agravamento da doença e a integrar no quotidiano comportamentos adequados ao seu controlo e tratamento. Os enfermeiros podem tornar-se mais significativos para os clientes, ajudando-os a desenvolver competências de autocuidado, necessitando os enfermeiros de maior sistematização da sua ação e de melhor evidência que sustente as decisões autónomas. Consideramos que as orientações para o tratamento da IC estão em constante atualização e as informações presentes nestes guias subsidiam intervenções de enfermagem pautadas principalmente

em práticas educativas, de orientação e aconselhamento sobre os sinais e sintomas físicos da doença, que permitem ao cliente identificar a instabilidade da sua condição de saúde. Estas intervenções constituem-se como estratégias sensíveis aos cuidados de enfermagem, possibilitando um vasto campo de atuação na prática profissional. Uma das estratégias a desenvolver que pode revelar-se como efetiva fundamenta-se no desenvolvimento de competências de autocuidado. O desenvolvimento destas competências pode alicerçar-se em estratégias de facilitação da aprendizagem e apoio aos clientes, de modo a promover melhorias na qualidade de vida dos clientes.

### Aspetos epidemiológicos da Insuficiência Cardíaca

No cenário mundial, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, contabilizando um total de 17,3 milhões óbitos a cada ano (OMS, 2013). De acordo com as projeções da OMS nos próximos anos as doenças cardiovasculares continuarão no ranking das mais letais, e em 2030, elas serão responsáveis pela morte de 23,6 milhões de pessoas. Fonseca (2009) argumenta que apesar do mau prognóstico da IC, do enorme impacto social e económico, com custos estimados em mais de 2% do total do orçamento para a Saúde dos países industrializados, os dados epidemiológicos sobre esta síndrome, na população em geral, são escassos, tornando-se difícil quantificar o seu impacto.

No contexto nacional, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) afirma que a IC atinge mais de 260 mil doentes, constituindo-se no mais frequente diagnóstico de internamento em pessoas com mais de 60 anos (SPC, 2012). Ainda de acordo com, Fonseca (2009) estima-se que a prevalência da IC vai aumentar entre 50 a 75 % até 2030.

Em Portugal, de acordo com os estudos de Ceia e Fonseca (2007) a prevalência da IC em Portugal varia entre 1,36% no grupo etário dos 25 aos 50 anos e 16% acima dos 80 anos. E no que remete ao número de hospitalizações decorrentes das complicações associadas à IC, estima-se que no contexto nacional, 2/3 dos clientes com IC são hospitalizados em média 2 vezes por ano e aproximadamente 35% dos novos casos de IC são hospitalizados nos primeiros 12 meses subsequentes ao diagnóstico da doença (Fonseca, 2009).

## Aspetos fisiopatológicos da Insuficiência Cardíaca

O diagnóstico médico da IC é feito baseado em sinais e sintomas clínicos e por exames auxiliares de diagnóstico (Montera et al., 2009). As manifestações clínicas da IC poderão diferir de acordo com a existência de insuficiência ventricular esquerda ou direita. A falha de qualquer um dos ventrículos implica a disfunção do outro, sendo que normalmente esta disfunção afeta em primeiro lugar o lado esquerdo, resultando em algumas manifestações clínicas, como a dispneia, o edema periférico e a fadiga (*American Heart Association*, 2012).

Os clientes com IC precisam adotar comportamentos que contribuam para o controlo da doença (Oliveira, 2011). As alterações fisiológicas e patológicas decorrentes da doença trazem ao cliente uma condição crónica de saúde com a qual terá que conviver.

A literatura revela, que a dispneia é o principal sintoma que leva o cliente a procurar os cuidados de saúde. Esta dispneia caracteriza-se por uma evolução progressiva que pode estar na origem da dispneia em repouso, ortopneia ou dispneia paroxística noturna (Montera et al., 2009). A tosse é uma das manifestações clínicas que, apesar de não ser específica, está frequentemente associada a casos de descompensação da IC. Durante o exame físico destes clientes, podem estar presentes, alguns sinais específicos como: presença da terceira bulha cardíaca, turgência jugular, edema nos membros inferiores, região sacra, ascite ou anasarca, hepatomegalia, taquicardia em repouso ou provocada aos mínimos esforços, e sinais típicos de baixo débito cardíaco como: hipotensão arterial; pulso fraco e filiforme; oligúria; extremidades frias e cianosadas e alterações do nível de consciência. A presença de estertores e broncoconstricção indicam a presença de congestão pulmonar. Em clientes em estágios avançados pode-se observar caquexia e derrame pleural nos casos de IC descompensada (Montera et al., 2009).

Associado aos fatores fisiológicos que diminuem a capacidade do cliente realizar as atividades diárias, observam-se fatores psicológicos e sociais como o medo, a insegurança, a ansiedade e a tristeza, a diminuição da autoconfiança e autoestima, isolamento social, sentimento de impotência para cumprir funções no trabalho e a necessidade de reformulação dos papéis familiares. A associação destes fatores pode estar na origem da depressão (Scattollin, Diogo e Colombo, 2007; Soares et al., 2008).

A IC é caracterizada como sistólica ou diastólica de acordo com a Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE). Se a FEVE é menor que 40%, a disfunção é

classificada como sistólica, e se for maior que 40%, é considerada como IC diastólica (Kemp e Conte, 2012).

A IC sistólica é causada pela contração ventricular prejudicada, com fração de ejeção do Ventrículo Esquerdo (VE) reduzida e um volume diastólico final aumentado, ou seja, o coração não tem força suficiente para bombear o sangue em circulação, causando aumento do VE e mudança na forma ventricular (Kemp e Conte, 2012).

A IC diastólica é caracterizada pelo enchimento ventricular e relaxamento prejudicados, ou seja, o VE tem complacência diminuída e é incapaz de encher adequadamente com pressões normais. Essa condição resulta na redução do volume diastólico final, que causa redução do volume sistólico e sintomas de baixo débito cardíaco e ou elevação da pressão diastólica final (Kemp e Conte, 2012).

A FEVE é um dos parâmetros fundamentais para o diagnóstico e classificação funcional da IC. Esta classificação poderá ser um indicador das limitações que a doença impõe sobre a capacidade do cliente se autocuidar (*New York Heart Association*, 2012).

A quantificação da limitação do esforço da IC tem sido utilizada desde 1964 por meio da classificação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA), onde a IC é categorizada em quatro classes de acordo com a intensidade dos sintomas. Estas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do cliente. Realçamos que esta categorização tem como referência para a sua categorização as atividades cotidianas, que são variáveis de um indivíduo para o outro, o que lhe confere alguma subjetividade (Bocchi et al., 2009).

Quadro 1: Classificação da Insuficiência Cardíaca de acordo com sintomas

Classe I (leve)	Sem limitação da atividade física. A atividade física normal não causa fadiga, palpitação ou dispneia.
Classe II (leve)	Discreta limitação da atividade física. Confortável em repouso, mas algumas atividades físicas resultam em fadiga, dispneia ou palpitações.
Classe III (moderada)	Marcada limitação de atividade física. Confortável em repouso, mas esforços menores associados as atividades comuns causam fadiga, palpitação ou dispneia.
Classe IV (grave)	Não é possível realizar qualquer atividade física sem desconforto. Existem sintomas de IC em repouso. Se qualquer atividade física é realizada o desconforto aumenta.

Fonte: *New York Heart Association*. NYHA Classification - The stages of Heart Failure. 2012.

Em 2001, uma nova classificação foi proposta por membros da *The American College of Cardiology*, da *The American Heart Association* (ACC/AHA), a qual enfatiza a evolução e o progresso da IC definindo quatro estágios. A classificação da ACC/AHA destaca a importância dos fatores de risco conhecidos e das anomalias estruturais para o desenvolvimento da IC (Jessup, 2010).

Quadro 2: Classificação da Insuficiência Cardíaca baseada na progressão da doença

Estágio A	Inclui clientes sob risco de desenvolver IC, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas atribuíveis à IC. Nessa categoria, estão incluídos os clientes com hipertensão ou diabetes; clientes com história de febre reumática, alcoolismo ou exposição a fármacos cardiotóxicos; e clientes com história familiar de cardiomiopatia.
Estágio B	Clientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas atribuíveis à IC. Esse grupo inclui indivíduos com hipertrofia ou dilatação ventricular esquerda, diminuição da FEVE ou doença valvular, bem como clientes com história anterior de infarte do miocárdio.
Estágio C	Clientes com lesão estrutural e sintomas atuais ou progressos de IC. Nesse grupo, estão os clientes com dispneia, fadiga ou sobrecarga hídrica, além daqueles com diagnóstico anterior de IC que estejam sob tratamento para alívio dos sintomas. Uma vez que os clientes já tenham manifestado sintomas de IC, eles permanecem no estágio C mesmo se vierem a apresentar uma subsequente melhoria clínica.
Estágio D	Clientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos. Este estágio é caracterizado por aqueles clientes que frequentemente requerem internamento hospitalar por causa da IC, aguardam um transplante de coração, que necessitam de suporte de agentes endovenosos ou dispositivos auxiliares mecânicos.

Fonte: ACC/AHA -Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. 2009.

Esta classificação reforça o conceito de que a IC constitui um distúrbio progressivo, cujo início é evitável ou a progressão pode ser contida, por meio de identificação e intervenções precoces (Jessup, 2010). Esta classificação baseia-se em dados da história clínica do cliente, o que permite ao profissional de saúde avaliar o



momento evolutivo da doença, a qualidade de vida, o prognóstico e estabelecer prioridades terapêuticas (Bocchi et al., 2009).

Desta forma, é possível obter uma compreensão evolutiva da doença servindo de base para a identificação dos clientes com indicações predominantemente preventivas (estágios A e B), terapêuticas (estágio C), ou seleção de clientes para procedimentos especializados e cuidados paliativos (estágio D) (Bocchi et al., 2009).

A classificação da ACC/AHA constitui um afastamento da tradicional classificação da NYHA que caracteriza os clientes conforme o grau de severidade dos sintomas (Jessup, 2010). Por exemplo, clientes com IC podem progredir do estágio A para o estágio D, porém o inverso nunca ocorre. Já os clientes apresentando sintomas de classe de NYHA-IV podem regredir para a classe II mediante terapia apropriada (Jessup, 2010).

### Tratamento da Insuficiência Cardíaca

A IC é uma patologia crônica e progressiva que afeta os clientes na sua qualidade de vida, provocando limitações funcionais que levam à diminuição da capacidade para realizar as atividades do cotidiano, tornando-se uma das complicações cardiovasculares de maior impacto socioeconômico, devido à elevada morbidade na população mundial. Atualmente o tratamento da IC tem duas dimensões, uma que é farmacológica e outra não-farmacológica, que assenta no desenvolvimento de competências de autocuidado.

O tratamento farmacológico da IC está baseado principalmente nas recomendações das Sociedades Americanas e Europeias, com recurso a diferentes fármacos, tais como: diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, betabloqueadores, aldosterona, espironolactona e digitalicos (*European Society of Cardiology, 2012; American Heart Association, 2012*). Na fase aguda da doença é comum, a instituição de oxigenoterapia e a administração de drogas intravenosas como vasodilatadores, vasopressores, opióides e diuréticos (*European Society of Cardiology, 2012; American Heart Association, 2012*).

A evidência demonstra que as causas de internamento dos clientes com IC geralmente estão associadas a práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem de uma gestão ineficaz do regime terapêutico (Jaarsma et al., 2003; Britz e Dunn, 2010); e que conduzem a desequilíbrios na condição de saúde que estão na origem dos episódios de recursos ao serviço de urgência e internamentos (Britz e Dunn, 2010). Quadros clínicos associados a descompensação da IC são uma das principais causas de hospitalizações em todo o mundo, representando grande parte das despesas em saúde, motivo pelo qual a sua evicção pode contribuir para a otimização dos recursos de saúde

(Araújo et al., 2005; Jeon et al., 2010). O déficit de competências de autocuidado nestes clientes está na origem do elevado consumo de recursos hospitalares, por agudização e consequente recurso ao serviço de urgência e internamento (Sayers et al., 2008).

Neste sentido, as práticas de autocuidado traduzem-se em ações destinadas a manter a estabilidade da doença, reduzindo o número de hospitalizações e a mortalidade, evitando comportamentos conducentes ao agravamento da situação e à deteção precoce dos sintomas de descompensação (Ditewig et al., 2010; Van der Wal et al., 2010).

As pessoas com IC deparam-se com obstáculos importantes no seu autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento acerca da doença, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (While e Kiek, 2009). A avaliação, o acompanhamento e a prevenção de fatores precipitantes de descompensação constituem-se como aspetos indispensáveis para uma melhoria do controlo da doença e da sua prevalência.

## **1.2 – ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO EM CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

A *European Society of Cardiology* (2012) e a *American Heart Association* (2012) partilham de algumas orientações necessárias para a gestão do regime terapêutico nos clientes com IC, como: restrição de sódio e líquidos, controlo diário do peso corporal; monitorização e interpretação dos sintomas de detioração clínica da doença, prática de exercícios físicos; adesão e gestão eficaz do regime terapêutico e comportamentos preventivos de imunização.

### Restrição de sódio e líquidos

A ingestão excessiva de sódio contribui para a sobrecarga hídrica, sendo uma das principais causas de hospitalizações. As orientações internacionais referem que embora não haja um consenso sobre o nível ideal de restrição de sódio em clientes com IC, considerando, para clientes clinicamente estáveis (NYHA classe I e II e sem edema periférico), o consumo de sódio de 3 g por dia. Para clientes nas classes III e IV que necessitam de regime diurético a ingestão sódica deve ser restringida a 2 g por dia (*American Heart Association*, 2012).

A *Heart Failure Practice Guideline* (2010) argumenta que não basta aos profissionais de saúde questionarem o cliente e os seus familiares se seguem uma alimentação hipossódica, aconselha antes, a procura intencional de dados sobre os

hábitos alimentares, uma vez que grande parte da ingestão de sódio advém de alimentos processados e pré-embalados.

A restrição hídrica deve ser de acordo com a condição clínica do cliente e deve ter em consideração a dose de diurético preconizado (Bocchi et al., 2009). Em média, a ingestão de líquidos sugerida é de 1,5 até 2 litros por dia em clientes sintomáticos (*Heart Failure Practice Guideline*, 2010). Os clientes devem ser encorajados a registar diariamente a quantidade de líquidos que bebem (Bocchi et al., 2009).

As orientações quanto à aferição domiciliar do peso diário tem um papel importante na identificação dos sinais de hipervolemia ou perda de peso acentuada (*American Heart Association*, 2012). Os clientes devem ser orientados a verificar o peso pela manhã após irem à casa de banho, sem roupas, em jejum e utilizando a mesma balança.

Os clientes também devem ser instruídos que um ganho de peso constante ao longo de um certo número de dias pode indicar retenção hídrica. Se este ganho de peso é superior a 2 quilos em relação a dois dias, deverão contactar os profissionais de saúde. Por outro lado, os clientes que também perdem uma quantidade similar de peso em relação ao mesmo período devem contactar a equipa de enfermagem ou médica que o acompanham (*Heart Failure Practice Guideline*, 2010).

Tem sido preconizado na literatura o ajuste da dose de diuréticos por meio de protocolos estruturados sob responsabilidade da equipa multidisciplinar que atende os clientes com IC (Rabelo et al., 2007). A organização destes serviços e a flexibilidade para instituição do protocolo específico dependem das habilidades pré-existentes nos clientes para o autocuidado e do entendimento das orientações fornecidas para o sucesso destes programas.

### Sinais e sintomas de descompensação

Estudos científicos demonstram que os clientes com IC toleram alguns sintomas como edema, ganho de peso e fadiga até uma semana, e dispneia até 3 dias antes de procurarem assistência médica e, menos de 10% dos clientes hospitalizados associam o aumento de peso, como sendo um sintoma de descompensação da doença (Van der Wal, Jaarsma, e Van Veldhuisen, 2005).

### Atividade física

A evidência dos benefícios da atividade física fez do exercício físico uma importante forma de controlo e tratamento da doença. A orientação sobre o exercício a

realizar deve ser individualizada de acordo com o grau da IC e a idade do cliente (Bocchi et al., 2009). Um programa domiciliar de caminhadas é uma das melhores opções para prevenir as consequências negativas, tanto fisiológicas quanto psicológicas da inatividade. Os clientes devem ser orientados a identificar se existe ausência ou presença de cansaço e de falta de ar para realizar as atividades do dia-a-dia e, a partir daí, iniciarem gradualmente a prática de exercício físico se não houver expressa restrição médica (Rabelo et al., 2007).

### Vacinação

A presença da IC é uma condição de alto risco para infecções do trato respiratório, podendo levar à descompensação clínica, tendo como consequência o aumento da morbimortalidade (Bocchi et al., 2009). Perante a necessidade de prevenção das infecções respiratórias, os clientes devem efetuar a vacina contra o vírus *Influenza* (anualmente) e *Pneumococcus* (a cada cinco anos e a cada três anos em clientes com IC avançada) (*Heart Failure Practice Guideline*, 2010).

### Educação para uso da medicação

O uso de fármacos no tratamento da maioria dos clientes com IC está baseado nas recomendações internacionais para o tratamento da IC. Desta forma, o regime medicamentoso deve ser verificado com o cliente e apresentado de forma esquemática, dando ênfase ao nome dos fármacos, suas indicações, doses, horários e possíveis efeitos colaterais, uma vez que o sucesso do tratamento na IC depende de igual forma, da adesão e do cumprimento da terapêutica farmacológica instituída (Van der Wal, Jaarsma, e Van Veldhuisen, 2005).

Outras medidas como cessação tabágica e etílica, prevenção da obesidade e dislipidemia também são orientações preconizadas no tratamento da IC.

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC, 2008) fornece algumas recomendações práticas e essenciais para a educação do cliente com IC a fim de desenvolver competências e comportamentos de autocuidado.

Quadro 3: Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cardiologia na Insuficiência Cardíaca

ORIENTAÇÕES A SEREM FORNECIDAS	COMPETÊNCIAS E COMPORTAMENTOS DE AUTOCUIDADO A SEREM DESENVOLVIDAS NOS CLIENTES
<b>Definição e etiologia da IC</b>	Compreender a causa da IC e porque surgem os sintomas.
<b>Sintomas e sinais da IC</b>	Vigiar e reconhecer sinais e sintomas da doença; registar diariamente o peso e reconhecer aumentos rápidos de peso; saber como e quando contactar o profissional de saúde.
<b>Tratamento farmacológico</b>	Compreender indicações, dosagens e efeitos dos fármacos, bem como reconhecer os seus efeitos secundários.
<b>Modificações de fatores de risco</b>	Compreender a importância da cessação tabágica; vigiar a tensão arterial e os níveis glicémicos em clientes diabéticos.
<b>Recomendações referentes à dieta</b>	Restringir a ingestão de sódio e líquidos; cessar o tabagismo e etilismo, manter uma dieta equilibrada.
<b>Recomendações quanto ao exercício físico</b>	Realizar exercícios físicos regularmente e compreender os benefícios dos mesmos.
<b>Imunização</b>	Receber imunização contra infeções como a gripe e a doença pneumocócica.
<b>Adesão ao tratamento</b>	Compreender a importância de seguir as recomendações terapêuticas e manter a motivação para dar continuidade ao tratamento preconizado.
<b>Aspetos Psicossociais</b>	Compreender que sintomas depressivos e disfunção cognitiva são comuns em clientes com IC e conhecer as alternativas de tratamento disponíveis.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da IC aguda e crónica. 2008.

De acordo com as orientações das intuições supracitadas, entende-se que as práticas de autocuidado faz parte do tratamento bem-sucedido da IC e pode influenciar positivamente a sintomatologia, reduzir as readmissões hospitalares associadas à IC, melhorar a capacidade funcional e bem-estar, como discutimos anteriormente.

### 1.3 - O CONCEITO DE AUTOCUIDADO

A OMS (2009) define autocuidado com sendo uma ação deliberada que os indivíduos, família e comunidade realizam para manter uma boa saúde. O conceito de autocuidado de acordo com Dorothea Orem é definido como “(...) *uma atividade*

*aprendida pelos indivíduos, orientada para um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar”* (Orem, 1993, p.71). Para esta teórica de Enfermagem, o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. É uma ação adquirida, ou seja, é apreendida pelo cliente no seu contexto sociocultural. Esta ação resulta de uma exigência sentida pelo próprio ou observada por outro e que necessita do seu empenho (Orem, 1991).

A teoria de Orem tem por propósito facilitar a possibilidade dos clientes, família e comunidade, tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como, empenharem-se efetivamente no desenvolvimento do seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Por tudo isto, o autocuidado vai muito além daquilo que o cliente pode fazer por si próprio. Requer liberdade, controlo e responsabilidade do próprio cliente para assegurar e manter a sua qualidade de vida e evitar complicações no seu estado de saúde.

Orem (2001) caracteriza a enfermagem como um serviço humano para a ajuda e apoio aos clientes na obtenção e recuperação de habilidades e considera que os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo. Para Orem (2001) a pessoa é um todo integral e dinâmico que possui a capacidade de raciocínio, sendo capaz de refletir sobre o seu próprio estado de saúde, possuindo capacidade de aprendizagem e desenvolvimento. Já o conceito de ambiente está centrado na sociedade e representa um conjunto de fatores que influenciam a decisão da pessoa em empreender o autocuidado. Orem (2001) defende que os grupos sociais são formados por pessoas que devem ser ajudadas para restabelecer as suas responsabilidades, cabendo à enfermagem a função de ajudar durante este processo de recuperação.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é constituída por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 1993). A primeira descreve e explica como o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa; a segunda explica quando e como a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas; a terceira descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem.

Na Teoria do Autocuidado é abordada a prática de cuidados realizados pelo cliente com a finalidade de manutenção da condição vital e de saúde (Orem, 1993). O autocuidado é uma atividade apreendida pelos indivíduos e orientadas para o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1993).

Alguns fatores básicos condicionantes podem afetar as capacidades dos clientes para envolverem-se no seu autocuidado, ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado requeridos (Orem, 2001). Estes fatores são fundamentalmente: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde/doença, orientação sociocultural, fatores do sistema de saúde, fatores do sistema familiar, padrões e estilos de vida, fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos de apoio. Todos estes fatores influenciam a capacidade de autocuidado e as formas de atender os requisitos de autocuidado.

Orem (2001) apresentou três categorias de requisitos de autocuidado: universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos de autocuidado universais estão associados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, portanto são comuns aos seres humanos: oxigenação, hidratação, eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, equilíbrio entre solidão e interação social e ao bem-estar e promoção da saúde (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado são as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, e novos requisitos derivados de uma condição ou associado a algum evento (Orem, 2001).

O autocuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença, de lesão ou pode resultar das medidas terapêuticas exigidas para diagnosticar ou corrigir uma determinada condição de saúde (Orem, 2001).

A Teoria do Déficit de Autocuidado é o núcleo da Teoria Geral de Enfermagem e surge quando o cliente deixa de ser capaz, ou tem limitações na realização das atividades de autocuidado, necessitando de assistência ou ajuda de alguém qualificado. Desta forma, os cuidados de enfermagem são necessários quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado necessárias à nova condição de saúde, que podem assumir alguma complexidade, cuja realização exige conhecimento e habilidades especializadas, adquiridos através de treino e experiência, ou quando o cliente necessita de ajuda para recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos. Nestas situações, o cliente necessita adquirir conhecimentos e habilidades a fim de incorporá-los no seu sistema de cuidado.

Na Teoria do Déficit do Autocuidado, Orem (2001) apresenta cinco conceitos centrais que estão inter-relacionados: ações de autocuidado, capacidade de autocuidado, necessidade de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e ações de enfermagem.

As ações de autocuidado apresentam relação com a capacidade de autocuidado e com a necessidade de autocuidado terapêutico. No momento em que o cliente realiza ações deliberadas de autocuidado, está a utilizar as suas capacidades de autocuidado, com a finalidade de satisfazer suas necessidades de autocuidado terapêutico. A

necessidade de autocuidado terapêutico indica os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer.

A capacidade de autocuidado avalia-se em relação à necessidade de autocuidado terapêutico, para determinar se existe um déficit. A presença de uma deficiência nova ou projetada de ação de autocuidado é o que indica aos clientes a necessidade de “autocuidado de enfermagem”. Ou seja, se existe déficit ou deficiência de autocuidado, a ação/intervenção de enfermagem deve estar presente, devendo para isso utilizar os métodos de ajuda para a obtenção de autocuidado pelo cliente (Fialho, Pagliuca e Soares, 2002).

Orem (2001) identifica como métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer necessidades futuras ou atuais de ação, e ensinar o outro.

Desta forma, as ações de enfermagem têm como finalidade a promoção da autonomia do cliente (Orem, 2001). Na perspectiva de Martins (2011) a autonomia é a capacidade de iniciar e finalizar ações, e para ser autônomo “(...) o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autocuidar” (p.22).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem surge como forma de compensar o déficit do autocuidado manifestado pelo cliente. Pode ser um sistema totalmente compensatório, quando o cliente é totalmente incapaz de executar o seu autocuidado sendo o enfermeiro o responsável pela execução das atividades que dão resposta às carências do autocuidado. Pode ser um sistema parcialmente compensatório, quando o cliente é capaz de satisfazer a maioria das necessidades do autocuidado, mas necessita de ajuda do enfermeiro, ou de outra pessoa, para a realização de algumas atividades. Pode ainda assumir um sistema de enfermagem de apoio e educação, em que a incapacidade em realizar o autocuidado deve-se à falta de informação, de conhecimento ou de suporte (Orem, 1991). Neste sistema, o cliente é potencialmente capaz de ser autossuficiente na realização do seu autocuidado, bastando para isso que lhe sejam transmitidos os conhecimentos que lhe fazem falta ou que lhe sejam proporcionados os meios de suporte de que necessita (Orem, 1991). A este nível, o enfermeiro tem uma intervenção de vários tipos que se complementam, como por exemplo: ensino, apoio, orientação, promoção de um ambiente seguro e favorável às atividades requeridas (Orem, 1991).

Do exposto emerge que perante uma doença crónica como a IC, torna-se necessário desenvolver competências nos clientes e família de forma a obter uma participação mais ativa dos mesmos no controlo da doença. Neste contexto, os enfermeiros podem adequar as intervenções de enfermagem às necessidades e ao ambiente em que vive o cliente e família, ajudando-os a desenvolver competências



durante todas as fases da doença e em todos os contextos de prestação de cuidados como na consulta, no internamento, nos cuidados domiciliários, e nos programas de reabilitação, auxiliando-os a reconhecer os sinais e sintomas de descompensação da doença contribuindo para garantir uma melhor qualidade de vida. Os enfermeiros ao implementarem estratégias para o desenvolvimento de competências nos clientes, contribuem para que estes possam tornar-se mais autónomos nas atividades de autocuidado, contribuindo positivamente para a melhoria ou controlo da condição de saúde e para a satisfação do cliente.

#### **1.4 - A GESTÃO DO REGIME TERAPEUTICO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

A *Heart Failure Society of America* (2010) argumenta que embora a IC seja uma patologia progressiva, o tratamento atualmente disponível pode proporcionar estabilidade e até mesmo reversibilidade da doença em alguns casos.

Neste sentido, uma das grandes dificuldades que se coloca aos clientes com IC prende-se com a capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto, de modo a que o cliente seja competente na identificação dos fatores que contribuem para a descompensação da doença, no desenvolvimento de estratégias de melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida, na redução do número de exacerbações e consequentes internamentos hospitalares. Isto implica que o cliente seja capaz de adotar e integrar no quotidiano um regime de tratamento complexo, com recursos a medidas farmacológicas e não-farmacológicas como citamos anteriormente, com a finalidade de manter e alcançar a estabilidade clínica. A abordagem destes clientes deve ser direcionada para a mudança no estilo de vida, para a melhoria das competências de gestão do regime terapêutico e de autovigilância (Oliveira, 2011; Ávila, 2012).

A literatura revela que vários estudos têm sido realizados em contextos distintos com a finalidade de identificar as dificuldades vivenciadas pelos clientes com IC no âmbito do autocuidado e gestão do regime terapêutico (Jovicic, Holroyd-leduc, Straus, 2006; Ditewing et al., 2010; Van der wal et al., 2010; Jeon et al., 2010).

Desta forma, a literatura científica procura clarificar o melhor conceito que defina a gestão do regime terapêutico. Lorig e Holman (2003) argumentam que a gestão do regime terapêutico é um processo dinâmico, interativo no qual os indivíduos tornam-se participantes ativos ao envolverem-se na gestão da sua condição de saúde.

De acordo com Barlow et al., (2002) a gestão do regime terapêutico refere-se à capacidade do indivíduo para controlar os sinais e sintomas da doença, conhecer formas de tratamento, aprender a conviver com as consequências físicas e psicossociais

associadas à doença promovendo mudanças no seu estilo de vida. Estes mesmos autores concluem que a gestão do regime terapêutico engloba a capacidade do indivíduo para monitorizar a sua condição de saúde, para desenvolver respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias à manutenção da qualidade de vida. Uma gestão ineficaz do regime terapêutico nos clientes com IC pode estar na origem de uma não adesão ao tratamento (Newman, Steed e Mulligan, 2004), com consequências negativas sobre a condição de saúde, a qualidade de vida e o consumo de recursos de saúde.

MacInnes (2008) ao analisar a influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais na prática de autocuidado dos clientes com IC, através de uma revisão sistemática da literatura, concluiu que fatores multidimensionais como: o nível de apoio social, o relacionamento com os profissionais de saúde, as capacidades cognitivas e funcionais, bem como aspetos intrínsecos aos clientes como a depressão, a motivação e a perceção da autoeficácia, influenciam a gestão do regime terapêutico na IC. Noutro estudo, Moser e Watkins (2008) identificaram a idade, o estado psicológico e a escolaridade como os fatores que afetam a tomada de decisão dos clientes com IC. Nesta perspetiva, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias que promovam ou potencializem as capacidades dos clientes para a gestão eficaz do regime terapêutico de modo a dar respostas às necessidades individuais de cada cliente.

Para Padilha (2010, p. 1130) *“A promoção da gestão do regime terapêutico, emerge como uma resposta multidisciplinar e multiprofissional no âmbito da saúde às condicionantes expressas, para capacitar o cliente para o autocontrolo da sua condição de saúde”* O mesmo autor refere que *“a ausência de competências cognitivas e instrumentais, influencia negativamente a capacidade do cliente se adaptar à condição de saúde e implementar comportamentos tendentes a diminuir a sintomatologia ou a alterar/manter o estado de saúde”* (p. 1130).

A gestão eficaz do regime terapêutico na IC implica o desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais, e a sua integração no quotidiano, facilitando a adaptação à condição de saúde. A gestão eficaz do regime terapêutico pode influenciar positivamente o controlo da condição de saúde e a qualidade de vida.

#### **1.4.1 - Programas de promoção da gestão do regime terapêutico na Insuficiência Cardíaca**

Os programas de promoção da gestão do regime terapêutico na IC enfatizam o desenvolvimento de competências de autocuidado como a chave para a melhoria clínica destes clientes e para a obtenção de ganhos em saúde (Oliveira, 2011).

Holland et al., (2005) afirmam que desde a década de 90 vários estudos envolvendo programas de promoção da gestão do regime terapêutico na IC têm sido desenvolvidos. Vários estudos envolvendo ensaios clínicos randomizados procuram avaliar o impacto das intervenções clínicas realizadas por equipas multidisciplinares no acompanhamento aos clientes com IC. O impacto das intervenções desenvolvidas pelas equipas multidisciplinares no tratamento da IC permitem reduzir o número de reinternamentos hospitalares e os índices de morbimortalidade associada à doença (Holland et al., 2005).

A abordagem destes programas consiste basicamente num processo contínuo de consciencialização sobre a doença, baseado em práticas educativas direcionadas para a importância da prática de autocuidado-gestão do regime terapêutico (Aliti et al., 2007).

Arredondo-Holguín, Gázquez e Urrego (2012) argumentam que as intervenções educativas apresentam um efeito benéfico nos comportamentos de autocuidado. Assim, a educação em saúde, voltada para questões relativas à doença e ao tratamento influencia as atitudes dos clientes com IC, melhora a adesão ao tratamento, reduz os internamentos e o tempo de internamento, reduz os custos associados ao tratamento, reduz a mortalidade, além de contribuir para melhorar a qualidade de vida.

Rabelo et al., (2007) afirmam que os enfermeiros desempenham papel fundamental no tratamento da IC, especialmente no processo de educação e acompanhamento. Tendo como objetivo: ensinar, reforçar, melhorar e avaliar constantemente as habilidades dos clientes para o autocuidado. A identificação de barreiras e dificuldades vivenciadas pelos clientes permite planejar e implementar estratégias individualizadas, com o objetivo de melhorar a gestão, o conhecimento, as habilidades para o autocuidado com consequente alcance da estabilidade clínica (Ávila, 2012).

O desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC é fundamental para o controlo e tratamento da doença, e para a manutenção da qualidade de vida. Neste sentido, pela centralidade do conceito de autocuidado para a disciplina de enfermagem e pelo mandato social da profissão, os enfermeiros são elementos centrais da equipa de saúde neste domínio. Para que a intervenção de enfermagem no desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC seja dotada de maior sistematização, torna-se fundamental disponibilizar aos enfermeiros recursos que viabilizem a obtenção de informação relevante para suportar o processo de decisão clínica. Neste sentido, torna-se fundamental que os enfermeiros tenham disponíveis instrumentos, de fácil utilização, que disponibilizem informação sobre a evolução das competências de autocuidado dos clientes com IC.

A revisão da literatura permitiu-nos identificar alguns instrumentos de avaliação direcionados aos clientes com IC, como por exemplo:

√ O *Cardiac Patient Learning Needs Inventory*, que contém 43 itens agrupados em categorias e tem como objetivo identificar as necessidades individuais de aprendizagem dos clientes com IC em relação a diferentes aspetos associados à doença e a seu tratamento (Gerald e Peterson, 1984).

√ O *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*, desenvolvido por Rector, Francis e Cohn (1987) que apresenta 21 questões relativas às limitações que frequentemente estão associadas à IC e que impediu o cliente de viver como ele gostaria durante o último mês.

√ O *Dutch Heart Failure Knowledge Scale*, que é composto por 15 itens que abrange questões sobre conhecimento geral da IC e reconhecimento dos sintomas (Van der Wal et al., 2005).

√ O *Heart Failure Belief Scale*, que apresenta 24 itens associados aos benefícios e barreiras relativos ao cumprimento da medicação e dieta na IC (Bennett et al., 2001).

√ O *Athanta Heart Failure knowledge test*, que é constituído por 27 itens que avaliam o conhecimento do cliente e família sobre a IC e permitem avaliar a mudança no conhecimento após a exposição a uma educação específica (Reilly et al., 2009)

√ O *Chornic Heart Failure Questionnaire*, que contém 20 itens sobre a qualidade de vida dos clientes com IC crónica (Guyatt et al., 1989).

√ O *The Revised Heart Failure Self-Care Behaviour Scale*, que apresenta 29 itens que avaliam o autocuidado e as adaptações do cliente face à doença (Artinian et al., 2002).

√ O *Self-Management of Heart Failure Scale*, que apresenta 65 itens e o *Self-Care of Heart Failure Index*, que apresenta 15 itens; ambos os instrumentos procuram quantificar as práticas de autocuidado executadas pelos clientes com IC e avaliação dos sintomas da doença (Riegel et al., 2000; Riegel et al., 2004).

√ A *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, que avalia o comportamento de autocuidado nos clientes com IC, foi desenvolvida de acordo com as diretrizes internacionais para o tratamento, diagnóstico e prevenção da IC (Jaarsma et al., 2003). Atualmente apresenta uma versão mais reduzida de 9 itens (Jaarsma et al., 2009).

## 2. – METODOLGIA

Nesta segunda parte da dissertação procedemos à justificação e pertinência do estudo, evoluindo para a apresentação das opções metodológicas: tipo de estudo, contexto do estudo, população e amostra, instrumento e procedimentos adotados para a recolha, análise e discussão dos dados. Por fim, abordamos os aspetos éticos inerentes ao estudo.

### 2.1 - JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A IC é um grave problema de saúde pública que afeta globalmente mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo (Rocalli et al., 2009; Bocchi et al., 2009), e que se caracteriza pela sua elevada morbimortalidade (Bocchi et al., 2009). A IC coloca diariamente desafios aos clientes, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida. O controlo e tratamento da doença apela ao envolvimento dos clientes na gestão da condição de saúde e ao desenvolvimento de competências de autocuidado que viabilizem uma gestão eficaz do regime terapêutico.

O desenvolvimento de competências de autocuidado apela ao desenvolvimento de competências a nível cognitivo (conhecimento), instrumental (saber fazer) e pessoal (saber lidar com). Como referimos anteriormente, para que a intervenção de enfermagem seja neste contexto seja mais sistematizada, torna-se fundamental disponibilizar aos enfermeiros recursos que viabilizem a obtenção de informação sobre os comportamentos de autocuidado dos clientes com IC. Na perspetiva de Cameron et al., (2009) a avaliação do comportamento de autocuidado nos clientes como IC, se destacam dois instrumentos com resultados psicométricos satisfatórios: o *Self-Care of Heart Failure Index* (Riegel et al., 2004), e o *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* (EHFScBS) (Jaarsma et al., 2003; 2009). Vários estudos multicêntricos envolvendo estes instrumentos demonstraram que os mesmos podem ser aplicados na prática clínica de cuidados aos clientes com IC produzindo resultados consistentes e válidos.

A análise destes dois instrumentos e dos resultados dos estudos associados permitiu-nos optar pela *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, por ser uma escala de ampla utilização clínica, com tradução em vários idiomas e validada para vários contextos. É evidente, que esta nossa opção teve por base a ausência de um instrumento validado para o contexto português, que respondesse a uma avaliação adequada dos comportamentos de autocuidado dos clientes com IC.

A primeira versão da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* foi desenvolvida e publicada em 2003 por Jaarsma e colaboradores. Trata-se de um instrumento auto administrado que foi elaborado em três fases consecutivas. As autoras

do instrumento primeiramente realizaram uma análise do conceito na literatura científica que evidenciasse os comportamentos necessários para garantir a qualidade de vida e adesão ao tratamento dos clientes com IC. Esta pesquisa exploratória elencou 20 itens considerados relevantes para o estudo. Conceitualmente, esses itens eram classificados em três dimensões. A primeira dimensão estava associada ao “Cumprimento do regime” e incluía 9 itens do instrumento. A segunda dimensão estava associada ao “Pedir ajuda”, e englobava sete itens. A terceira dimensão estava associada às “Atividades de adaptação” e era constituída por quatro itens. Posteriormente, um painel de peritos procedeu à análise dos vinte itens do instrumento com a finalidade de estabelecer a validade de conteúdo do instrumento; em simultâneo, as autoras consideraram relevante incluir nessa análise aspetos associados à experiência dos clientes com IC. Na primeira versão do instrumento, as respostas do instrumento eram do tipo nominal dicotómico (Sim/Não), passando posteriormente, para uma escala do tipo *Likert*, variando entre 1 e 5 pontos (1 concordo plenamente – 5 discordo plenamente).

Num primeiro momento, segundo as autoras, as dimensões assumidas teoricamente não foram confirmadas pela análise fatorial, uma vez que alguns dos itens tinham pesos fatoriais relevantes em mais de uma dimensão. Este facto esteve na origem da decisão de rever o instrumento conduzindo a uma redução teórica do número de itens de 20 para 12, cuja validade de conteúdo foi assegurada por um painel de peritos.

Para a avaliação das propriedades psicométricas da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* foi realizado um estudo multicêntrico em três países. Os dados foram recolhidos em 442 clientes com IC, em dois centros de IC na Suécia, três na Holanda e um na Itália. Os resultados mostraram a validade e reprodutibilidade deste instrumento e revelou também a sua utilidade clínica na avaliação do autocuidado nos clientes com IC. A fidelidade do instrumento foi avaliada através do recurso ao teste *Alpha de Cronbach* (variando entre 0,69 e 0,93 entre os itens). Conceitualmente, os 12 itens da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* estavam divididos em três dimensões. A primeira dimensão refere-se à “Adesão ao regime”, composta por seis itens que mensuram comportamentos relacionados com a restrição de líquidos e sódio, exercícios físicos regulares e prevenção da gripe. A segunda dimensão “Pedir ajuda” abrange quatro itens relacionados a comportamentos de procura por assistência de saúde especializada, quando ocorre exacerbação dos sinais e sintomas da doença. A terceira dimensão denominada de “Atividade de adaptação” envolve dois itens que mede comportamentos adaptativos às limitações impostas pela IC.

Em 2009, foi publicada uma nova versão da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* contendo 9 itens. Esta nova versão resultou de um processo de análise de validade de conteúdo igual à anterior. A análise da validade de constructo do

instrumento emergiu da análise fatorial confirmatória e da análise da validade convergente e discriminante. Neste processo foram utilizados dados de uma amostra de 2592 participantes que integraram um estudo multicêntrico mais alargado, que englobou estudos realizados em seis países (Holanda, Suécia, Inglaterra, Itália, Alemanha e Espanha).

A análise fatorial confirmatória tinha por finalidade confirmar a tridimensionalidade do instrumento, facto que não se verificou, uma vez que, segundo as autoras, a dimensão “Atividades de adaptação”, tinha fraca correlação com as outras duas dimensões: “Pedir ajuda” ( $r=0,37$ ) e “Adesão ao regime” ( $r=0,20$ ). Por outro lado, como a dimensão “Atividades de adaptação” continha apenas dois itens (2 e 7) que anteriormente demonstravam fracas correlações item-total, esta dimensão e seus itens foram retirados do instrumento. O item 11 da escala “Tomo a vacina da gripe todos os anos” também foi removido por apresentar carga fatorial fraca com a escala total (0,05). Neste processo de validação as autoras também justificam que embora o item 12 da escala “Faço exercícios regularmente” demonstrasse uma correlação item-total baixa ( $r=0,27$ ), não foi retirado porque demonstrou carga fatorial de 0,30 na análise fatorial.

Esta versão atual da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, constituída por 9 itens, após a remoção dos três itens (item “2- Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo”, item “7-Faço um momento para o descanso durante o dia” e item “11-Tomo a vacina da gripe todos os anos”) tem demonstrado resultados mais significativos quando comparados com a versão de 12 itens (Jaarsma et al., 2009). As autoras consideram que embora os itens excluídos fossem reconhecidos como questões importantes no dia-a-dia dos clientes com IC, essas atividades muitas vezes são ações deliberadas que os clientes com IC assumem como parte do seu autocuidado, mas na maioria das vezes, são forçados a abandoná-las pela deterioração da condição de saúde.

Após o exposto, o estudo que apresentamos a seguir, encontra-se dividido em dois momentos: um primeiro de carácter metodológico, com a finalidade de traduzir e validar para a população portuguesa a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (EEAIC); e um segundo momento, de natureza exploratória e descritiva, com recurso a uma amostra consecutiva de 129 clientes com Insuficiência Cardíaca acompanhados na consulta de um hospital português utilizando a EEAIC.

Neste estudo definimos três questões de investigação que orientaram o nosso percurso:

✓ Qual o potencial do instrumento de avaliação (*European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca) para

avaliar o comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca, numa amostra populacional portuguesa?

✓ Qual o comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca, que são acompanhados numa consulta externa de um hospital em Portugal?

✓ Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca?

Com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade, identificamos os seguintes objetivos:

- Realizar a tradução, adaptação e validação da *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* para o contexto português;
- Identificar as características psicométricas da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca na avaliação do comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca;
- Descrever o comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca que frequentam a Consulta Externa de Medicina Interna /Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de São João- EPE, tendo por base a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca;
- Analisar a influência das características sociodemográficas no autocuidado dos participantes do estudo.

## 2.2 – DESENHO DO ESTUDO

Face ao exposto procedemos à definição das estratégias que deveriam suportar o estudo metodológico centrado na adaptação cultural e linguística da *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* para o contexto português. Realizamos cinco etapas sequenciais fundamentadas na tradução do instrumento, síntese das traduções, retrotradução, síntese das retrotraduções e envio a autora original do instrumento. O processo de tradução e adaptação cultural da *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* para o contexto português seguiu as linhas orientadoras de Beaton et al., (2002), Wild et al., (2005) e Pais-Ribeiro (2010).

O segundo momento do estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal, com uma abordagem quantitativa, teve por base a aplicação da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca a clientes com IC na Consulta Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospital de São João – EPE.



### **2.2.1- Tipo de estudo**

Realizamos um primeiro estudo metodológico centrado na tradução e validação da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* – Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência cardíaca (EEAIC) para o contexto português, seguido de um estudo de natureza exploratória, descritiva e transversal com uma abordagem quantitativa.

### **2.2.2 - Contexto do estudo**

A opção pela aplicação da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca aos clientes seguidos na Consulta Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospital de São João – EPE, justifica-se pela possibilidade de aceder a uma população que respondia aos critérios de inclusão no estudo e pelo facto destes clientes serem seguidos usualmente em consultas de especialidade por encaminhamento do médico de família, ou por indicação após o internamento hospitalar.

O Centro Hospitalar de São João – EPE integra o hospital de São João, que é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. Este hospital integra o Centro de Ambulatório, que inclui as Consultas Externas, que tem em funcionamento a consulta externa de Medicina Interna, que integra a especialidade de Cardiologia. Sendo que as referidas consultas de IC decorrem três dias por semanas (segundas, quartas e sextas no período da tarde). Estas consultas decorrem no pavilhão de consultas externas do hospital (pavilhão B). As consultas médicas de IC são asseguradas por cinco médicos responsáveis e por médicos em fase de formação na especialidade de Medicina Interna e Familiar. Nesta consulta são seguidos aproximadamente 350 clientes com IC, sendo que, em cada dia de consulta, são atendidos em média de 6 a 8 clientes com IC. Os cuidados de saúde disponibilizados nesta consulta são exclusivamente prestados por médicos, não existindo uma consulta de enfermagem formal para o acompanhamento destes clientes.

### **2.2.3 - População e Amostra**

Fortin (2009); Polit, Beck e Hungler (2004) definem amostragem como sendo um procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas a um fenómeno. Para ambos os autores, a população é constituída por um agregado de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Ressalta-se também a importância de definirmos população alvo que segundo Fortin (1999, p. 202) “(...) é

*constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” e a população acessível “(...) é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.*

Neste estudo, a população alvo é constituída pelos clientes com Insuficiência Cardíaca e a população acessível os clientes com Insuficiência Cardíaca acompanhados na Consulta Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospital de São João – EPE.

Partilhamos da opinião de Polit, Beck e Hungler (2004) ao considerarem que os investigadores trabalham com amostras e não com populações por ser mais económico, eficiente, e exigir menos tempo e recursos. Os mesmos autores ainda concluem que é possível obter informações relativamente exatas a partir de uma amostra. Neste estudo utilizamos uma amostragem não probabilista de conveniência (ou accidental).

Sustentada pela recomendação de Tinsley e Tinsley (1987, cit. por Moreira, 2004) ao referir que por cada variável sejam incluídos na amostra entre 5 a 10 indivíduos, neste estudo, o número mínimo de participantes da nossa amostra seria 60 clientes com IC e o máximo 120 (para a versão de 12 itens da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*), e o mínimo de 45 e máximo de 90 participantes (para a versão de 9 itens também do mesmo instrumento). Para atingir o valor máximo recomendado de participantes para a validação do instrumento de 12 itens para o contexto português, a amostra deste estudo é constituída por 129 clientes com IC seguidos na Consulta Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospital de São João - EPE.

Definimos os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- Clientes com diagnóstico médico de Insuficiência Cardíaca;
- Maiores de dezoito anos;
- Acompanhados na Consulta Externa de Medicina Interna/Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de São João - EPE;
- Concordarem em participar no estudo, após lerem o documento informativo e assinarem o consentimento livre e esclarecido;
- Saber ler e escrever;
- Compreender e falar a língua portuguesa.

## **2.3 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Consideramos que os instrumentos de avaliação do tipo questionários podem ser ferramentas de grande utilidade em contextos clínicos, capazes de proporcionar uma melhoria substancial na avaliação multidimensional da IC. Para Fortin (2009) o

questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. A mesma autora ao listar as vantagens deste instrumento de medida garante que os questionários permitem facilitar comparações entre sujeitos dado a sua apresentação uniformizada, ou seja, ordem idêntica das questões para todos os sujeitos.

O questionário que utilizamos era de caráter auto administrativo sendo constituído por duas partes distintas (Anexos 15 e 16):

- Parte I- Aborda o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, o tempo de diagnóstico da doença e hospitalizações prévias e o perfil clínico. O perfil clínico foi definido a partir de dados relativos a etiologia, doenças associadas, FEVE e classe funcional segundo a NYHA. O acesso e registo dos dados referentes ao perfil clínico foram realizados única e exclusivamente pelos profissionais de saúde da respetiva instituição hospitalar que acompanhavam os clientes durante as consultas e foram posteriormente preenchidos pelo investigador.

- Parte II – Constituída pela Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0).

### **2.3.1 - Variáveis do estudo**

Para Polit, Beck e Hungler (2004, p. 46) em estudos quantitativos as variáveis definem-se “(...) *por qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores.*” Uma variável é uma característica passível de ser medida, controlada ou manipulada numa pesquisa (Fortin, 2009). Uma variável para que possa ser medida deve primeiro ter uma significação concetual e deverá ser operacionalizada. As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem num estudo, as variáveis de atributo assumem características dos participantes do estudo que permitem obter um perfil demográfico. Para a caracterização da amostra do estudo, desenvolvemos uma primeira parte do questionário, que denominamos variáveis sociodemográficas (sexo, local de residência, estado civil, escolaridade, atividade profissional, com quem vive, tempo de evolução da doença) que eram preenchidas pelos participantes do estudo. E as variáveis clínicas (etiologia da IC, doenças associadas, FEVE e classificação NYHA) que como citamos anteriormente, foram recolhidas pelo acesso ao processo clínico de cada participante do estudo pelo profissional de saúde que acompanhava o cliente no dia da respetiva consulta.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes do estudo

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
	Tipo da variável	Valor da variável
<b>Sexo</b>	Nominal dicotômica	Masculino Feminino
<b>Idade</b>	Contínua	Anos completos
<b>Estado Civil</b>	Nominal	Casado (a)/ União de Fato Solteiro(a) Viúvo (a) Divorciado(a)
<b>Escolaridade</b>	Ordinal	Sem escolaridade Até 4 anos 5-6 anos 7-9 anos 10-12 anos Mais de 12 anos
<b>Atividade Profissional</b>	Nominal	Trabalhador ativo Reformado Desempregado Outro
<b>Local de residência</b>	Nominal dicotômica	Área Urbana Área rural
<b>Residência</b>	Nominal	Casa Apartamento Lar ou instituição similar
<b>Com quem vive</b>	Nominal	Sozinho (a) Com cônjuge/ companheira(a) Com cônjuge /companheira(a) e filhos (as) Com filhos (as) Com amigos (as) Com outros familiares Com outras pessoas numa instituição
<b>Necessita de ajuda para fazer as atividades do dia- a -dia?</b>	Nominal dicotômica	Sim Não
<b>Se necessita de ajuda para fazer as atividades do dia-a-dia, a quem recorre?</b>	Nominal	Companheiro (a) Filhos (as) Amigos (as) Instituição de apoio Ninguém, por opção Ninguém, porque não tem apoio
<b>Tempo de evolução da doença</b>	Ordinal	Não sei/ não lembro/ desconheço Até 1 ano Entre dois a quatro anos Entre cinco a sete anos Entre oito a dez anos Mais de 10 anos
<b>Ficou hospitalizado ou procurou assistência de saúde nos últimos dozes meses por causa da doença do coração?</b>	Nominal	Não sei/ não lembro/ desconheço Não Sim
<b>Desde que tem a doença do coração, considera que:</b>	Nominal	A doença não o tem impedido de fazer as suas atividades do dia-a-dia sozinho (a). A doença tem-no impedido de fazer algumas atividades do dia-a-dia que antes conseguia fazer sozinho (a). A doença tem-no impedido de fazer a maior parte das atividades do dia-a-dia que antes conseguia fazer sozinho (a). Agora necessita do apoio total de outras pessoas para realizar as suas atividades do dia-a-dia.
VARIÁVEIS CLÍNICAS		
<b>Etiologia</b>	Nominal	Conhecida

FEVE		Desconhecida
		Percentagem da FEVE
Classificação da NYHA	Contínua Ordinal	Classe 1
		Classe 2
		Classe 3
		Classe 4
		Informação não disponível no processo clínico
Doenças associadas	Nominal dicotómica	Não apresenta doenças associadas
		Informação não disponível no processo clínico no momento da colheita dos dados
		Doença isquémica do coração ou outras doenças cardíacas
		Doenças neurológicas
		Doenças vasculares
		Diabetes
		Hipertensão arterial sistémica
		Obesidade
		Insuficiência renal
		neoplasias
		DPOC ou outros problemas respiratórios
		Osteoporose ou outros problemas músculo-esqueléticos
		Hipo ou hipertiroidismo ou outras doenças endócrinas
		Outras

## 2.4 - PROCEDIMENTOS PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA

Antes de iniciar o processo de tradução e adaptação, foi obtido o consentimento formal da autora do instrumento original (Anexo 01).

Ao partirmos para a análise das propriedades psicométricas da Escala Europeia de Autocuidado da Insuficiência Cardíaca, utilizada na recolha dos dados neste estudo, consideramos relevante evidenciar que a fidelidade e a validade são procedimentos estatísticos independentes, podendo um teste ser válido, mas não ser fidedigno, como também pode ser fidedigno, mas não ser válido. Por isso, devem ser avaliadas separadamente, pois um instrumento de medida deve ser fidedigno e válido para poder ser utilizado com confiança tanto na prática clínica como na investigação.

Desta forma, para avaliar a fidelidade da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, optamos por proceder à análise da consistência interna através da determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach*. Já a análise da validade da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca foi suportada pela análise da validade de conteúdo e pela validade de constructo através do recurso à análise fatorial exploratória.

Neste estudo a validade de critério não pôde ser verificada, pois isto teria exigido o uso de um instrumento “*gold standart*” de referência previamente validado para a população portuguesa no momento da recolha dos dados.

## **2.5 - PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DOS DADOS**

A apresentação do estudo aos participantes foi feita pela investigadora principal. A abordagem aos clientes foi realizada após a consulta médica de modo a não causar nenhum incómodo ou atraso no atendimento dos profissionais de saúde, num gabinete reservado para manter a privacidade dos participantes. Os clientes que aceitaram participar do estudo preencheram os questionários respondendo às questões relativas ao perfil sociodemográfico e da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Cada participante levou em média de 10 a 15 minutos para o preenchimento dos questionários. Foram abordados apenas os clientes que compareceram às consultas, não tendo existido nenhuma convocatória aos restantes clientes seguidos nas consultas, que por algum motivo faltaram às consultas agendadas.

Valorizamos a presença do investigador no momento da colheita dos dados para poder ajudar os clientes a clarificar dúvidas que pudessem emergir durante o preenchimento dos questionários, facto que se constitui como uma vantagem desta técnica de colheita dos dados (Marconi e Lakatos,1999).

## **2.6 - ASPETOS ÉTICOS**

A pesquisa que envolve seres humanos tem o compromisso de resguardar a integridade de todos os envolvidos. Esta preocupação envolve aspetos sobre a preservação da privacidade, a minimização de riscos e desconfortos, a busca de benefícios, a não discriminação e a proteção de grupos de pessoas vulneráveis.

De forma a cumprir todos os aspetos éticos inerentes a esta investigação foi solicitada e obtida a autorização para recolha dos dados, conforme apresentamos no anexo 02.

A autorização para a recolha de dados foi obtida em 16 de abril de 2013 (obtivemos a autorização prévia da comissão de ética e posterior do conselho de administração), pelo que a recolha dos dados teve início em 24/04/2013 e prolongou-se até 21/06/2013.

No processo de recolha de dados junto dos clientes com IC foram respeitados os princípios éticos inerentes aos estudos de investigação, disponibilizamos uma carta explicativa do estudo (anexo 17), e solicitamos o consentimento livre e esclarecido (anexo 18). Este procedimento permitiu que todos os clientes que participaram no estudo o fizeram de forma voluntária, sendo-lhes assegurada a possibilidade de não responderem a alguma questão, bem como a possibilidade de desistirem da sua participação em qualquer momento do estudo, sem que isso pudesse influenciar o normal

desenrolar da prestação de cuidados. Todos os respondentes foram informados que a sua participação no estudo era voluntária, não existindo potenciais riscos ou benefícios (imediatos). A participação neste estudo não envolvia qualquer forma de incentivo ou recompensa.

De forma a garantir o anonimato dos participantes do estudo, as informações prestadas foram anonimizadas, sendo que em nenhum momento colhemos informações que pudessem conduzir ao reconhecimento dos participantes do estudo como nome ou número de processo clínico. Os dados colhidos foram única e exclusivamente utilizados para tratamento estatístico, sendo feito uma agregação dos mesmos e como tal, as informações de domínio individual foram desvanecidas, não permitindo em nenhum momento identificar os participantes deste estudo.

### **3. - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste ponto do documento descrevemos e discutimos os aspetos que correspondem à centralidade dos resultados, tendo por referência as questões de investigação enunciadas. Procedemos uma primeira abordagem centrada na apresentação dos resultados do primeiro momento, correspondente à adaptação cultural e linguística da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, seguido da apresentação das características psicométricas da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Por último apresentamos os resultados da avaliação do comportamento de autocuidado dos clientes com Insuficiência Cardíaca.

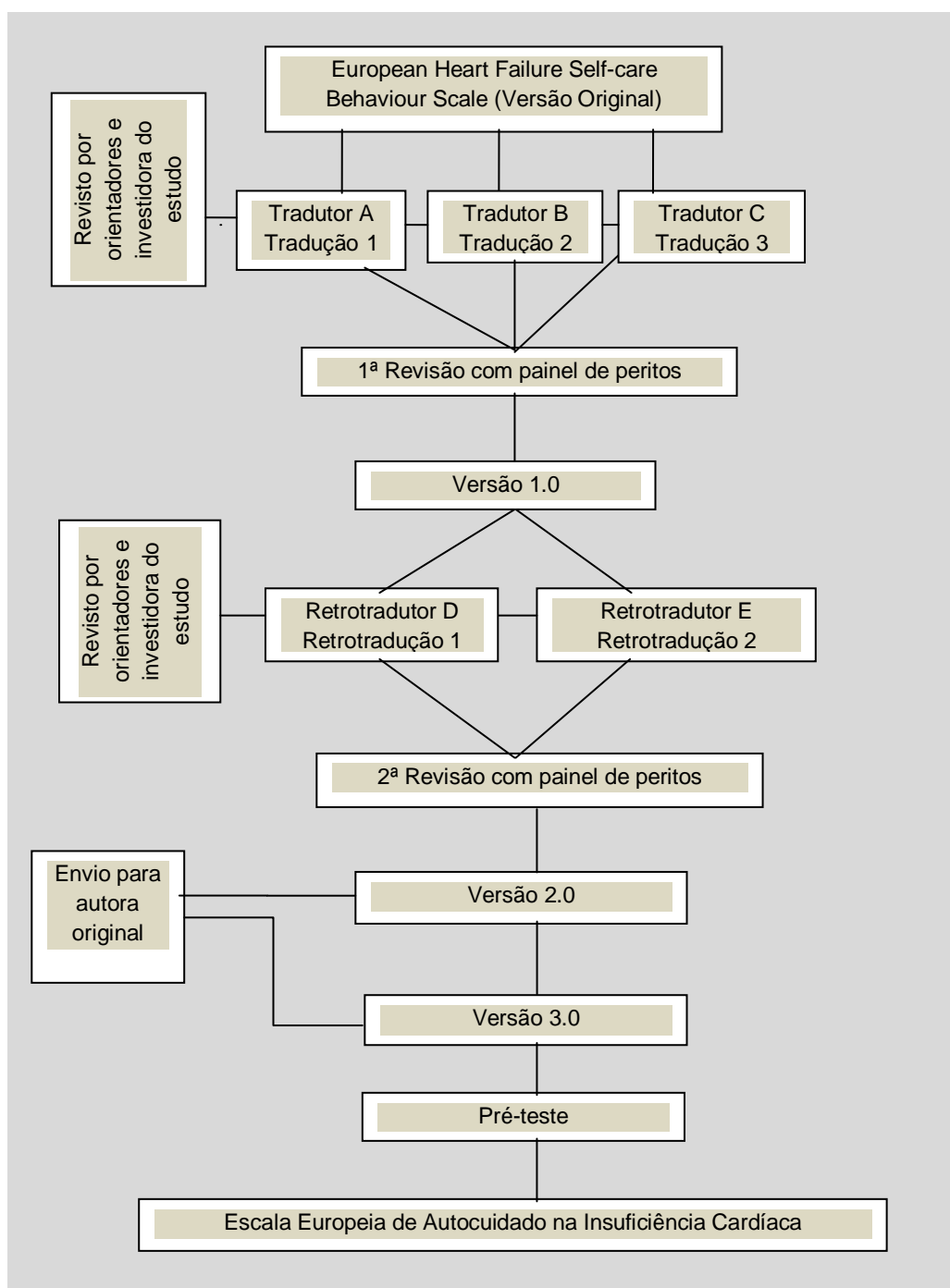
#### **3.1 - ADAPTAÇÃO CULTURAL E LINGUISTICA**

A tradução tinha como objetivo chegar a uma versão que mantivesse a integridade do instrumento, preservando o significado dos itens entre as duas línguas.

O processo de tradução e adaptação da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, para o contexto português, seguiu as linhas orientadoras de Beaton et al., (2002), Wild et al., (2005) e Pais-Ribeiro (2010), como referimos anteriormente. Com base nestas orientações realizaram-se cinco etapas sequenciais. A figura 01 representa o percurso de tradução e retrotradução da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* para o contexto português.



Figura 1: Esquema do processo de tradução e retrotradução da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* para o contexto português



### **Etapa 01: Tradução do instrumento**

O instrumento foi traduzido da língua Inglesa para Português por três tradutores que trabalharam de forma independente: uma tradutora de origem americana que residia em Portugal e não era profissional de saúde; uma enfermeira cuja primeira língua é o Português, porém reside num país de língua Inglesa, com pleno domínio no idioma do instrumento; e um docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, cuja primeira língua é o Português, com amplo domínio da língua inglesa. As traduções foram comparadas pela investigadora e orientadores. Essa comparação visou facilitar a tradução concetual e literária, para além de garantir a deteção de erros e interpretações ambíguas entre os tradutores, dando origem às versões “Tradução 01”; “Tradução 02” e “Tradução 03” do instrumento (Anexos 04, 05 e 06).

### **Etapa 02: A síntese das traduções**

Com a finalidade de verificar a validade de conteúdo da versão portuguesa do instrumento, avaliar e classificar as equivalências semântica-idiomática, concetual e cultural, bem como verificar a clareza, facilidade de leitura e compreensão de cada item do instrumento traduzido, reunimos um painel formado por cinco peritos que aceitaram voluntariamente participar neste estudo.

O painel de peritos reunia como critérios de inclusão: terem domínio da língua Inglesa e portuguesa e estarem envolvidos em projetos de investigação do domínio do autocuidado.

Os peritos foram contactados por correio eletrónico, tendo sido disponibilizado um documento a explicar o objetivo e a finalidade deste estudo. Após os peritos terem aceite integrar este grupo, foi-lhes enviado uma grelha para avaliação das traduções, bem como as orientações para o seu preenchimento (Anexo 11).

A grelha de avaliação apresentava o item original, acompanhado das três traduções e solicitava que para cada item traduzido, cada perito escolhesse apenas uma tradução. Depois de selecionada a versão da tradução preferida de cada item, solicitamos aos peritos que fizessem a sua avaliação em termos de equivalência semântica-idiomática, cultural e concetual.

Para avaliar a relevância/representatividade do índice de concordância de cada item entre os peritos, adotamos o critério proposto por Lynn (1986). Para a sua concretização solicitamos aos peritos que se posicionassem numa escala tipo de *Likert* de um a quatro pontos, onde o valor máximo de quatro correspondia ao valor mais alto das equivalências. Sempre que os peritos atribuíssem um valor menor que quatro, solicitamos-lhes que justificassem a sua opção.

Após o preenchimento da grelha de avaliação solicitamos aos peritos que respondessem a algumas questões referentes à avaliação e adequação para a realidade portuguesa do instrumento proposto, tais como:

- Na sua opinião considera ser possível num futuro próximo a recolha de dados utilizando a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* nos clientes com Insuficiência Cardíaca em Portugal?
- Considera a aplicação deste instrumento exequível nos clientes com Insuficiência Cardíaca em Portugal? Se Não, Porquê?
- Considera que algum item do instrumento deva ser suprimido ou acrescentado ao ser aplicado nos clientes com Insuficiência Cardíaca em Portugal?
- Se considerar pertinente e necessário, deixe os seus comentários e/ou sugestões.

As respostas a estes questionamentos foram discutidas com o grupo de peritos no momento da reunião presencial.

No que remete ao índice de concordância entre os peritos, este foi estabelecido pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item. Este índice indica a proporção de peritos concordantes com os itens presentes no instrumento, o que permite a análise de cada item individualmente bem como o instrumento como um todo (Alexandre e Coluci, 2011). Adotamos como nível de concordância mínimo o valor de 0,80 (80%) como recomendado pela literatura, para considerarmos o item como válido (Alexandre e Coluci, 2011).

Os itens e traduções que recebam IVC menor que 80% foram submetidos a análise e avaliação pelo painel de peritos na reunião presencial. A finalidade desta reunião era a de estabelecer uma versão de consenso entre todos os peritos, para os itens que apresentavam índice de concordância menor que 80%, bem como discutir as considerações expressas pelo grupo. Para esta reunião estabelecemos os seguintes objetivos:

- Realizar a segunda etapa do processo de tradução e adaptação do instrumento de medida em saúde, como preconizado pelos autores que suportam o desenvolvimento desta etapa do estudo (Beaton et al., 2002; Wild et al., 2005; Pais-Ribeiro, 2010);
- Discutir com os peritos os itens que receberam IVC menor que 80%;
- Determinar uma versão de consenso das traduções que apresentavam IVC menor que 80%;
- Discutir com o grupo as considerações realizadas sobre as traduções;
- Definir a versão portuguesa do instrumento para retrotradução.

A investigadora principal serviu de mediadora imparcial na discussão e como resultado desta reunião, foi estabelecida a versão de consenso entre os peritos. Esta versão de consenso incluía algumas modificações que o grupo considerou pertinentes para a adaptação cultural do instrumento à população Portuguesa. Esta versão denominou-se por Versão 1.0 da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Anexo 09).

### **Etapa 03: Retrotradução**

A versão 1.0 do instrumento foi submetida a retrotradução (*backtranslation*) para o idioma original por dois tradutores profissionais, bilingues, proficientes na língua Inglesa e portuguesa, tendo o Inglês como língua nativa (um tradutor americano e outro britânico), que trabalharam de forma independente. Estes tradutores não participaram da primeira etapa deste estudo, não conheciam os conceitos e propósitos que suportam esta investigação, não tiveram acesso ao instrumento original, bem como não possuíam formação na área de saúde, como preconiza Beaton et al., (2000). As retrotraduções também foram comparadas pela investigadora e orientadores e como resultado desta etapa chegamos às versões de Retrotradução 01 e Retrotradução 02 (Anexos 07 e 08).

### **Etapa 04: Síntese das retrotraduções**

Este quarto momento teve por finalidade rever os itens e as interpretações que pudessem causar alguma dúvida quando retrotraduzidos para o idioma original. Pretendia-se assim, garantir a qualidade da adaptação cultural do instrumento.

Para Fortin (2009) qualquer modificação feita na escala original pode afetar-lhe seriamente a sua fidelidade e validade. Neste sentido, a retrotradução tem por objetivo eliminar as falhas da tradução, a fim de que se possam comparar os resultados obtidos com os que foram relatados na língua original (Fortin, 2009). Nesta etapa tínhamos por objetivos:

- Comparar a versão original e as retrotraduções;
- Analisar as retrotraduções de forma que fossem eliminados os itens pouco perceptíveis ou que causassem interpretações duvidosas;
- Sugerir novos termos ou expressões que melhor identificassem a ideia presente no item original;
- Estabelecer a versão de consenso de todos os itens presentes nas retrotraduções;
- Definir a versão retrotraduzida a ser enviada à autora do instrumento original para apreciação.

Para avaliar as equivalências entre a versão original e as retrotraduções foi enviado em suporte eletrônico ao painel de peritos, um formulário de avaliação das retrotraduções, que consistia na análise das retrotraduções (retrotradução 01 e retrotradução 02) da versão 1.0 e do instrumento original (Anexo 12).

Posteriormente solicitamos a cada perito que escolhesse apenas uma retrotradução de cada item, e que o avaliasse sob a perspectiva do significado geral e referencial, de acordo com as equivalências semântica, cultural e conceitual (Herdman, Fox-Rushby e Badia, 1998; Reichenheim, Moraes e Hasselman, 2000). Quando algum perito considerou que o item retrotraduzido não mantinha alguma dessas equivalências, solicitamos-lhes que justificassem por escrito a sua resposta.

Solicitamos ainda que cada perito realizasse uma avaliação sobre a “medida de alteração” do item face ao original através de uma escala de *Likert* de 4 pontos, sendo o score 1-inalterado, 2-pouco alterado, 3-muito alterado e 4-completamente alterado (anexo 14). Mantivemos como critério de concordância o nível mínimo de 80% para a retrotradução e os respectivos itens em análise.

Ao concluir esta etapa chegamos a uma versão de consenso das retrotraduções, a qual denominamos de versão 2.0 (Anexo 10).

#### **Etapa 05: Envio a autora original**

Foi enviado à autora original do instrumento, uma cópia da versão de consenso inglesa (versão 2.0), acompanhado de um documento explicativo de todos os passos que conduziram à sua elaboração. A autora do instrumento deu parecer positivo e autorizou a colheita dos dados utilizando o instrumento. No final deste processo chegamos a versão 3.0 deste instrumento, que posteriormente foi submetida ao pré-teste (Anexo 16).

#### **Pré-Teste**

Polit, Beck e Hungler (2004) consideram o pré-teste como sendo um ensaio para determinar se o instrumento se encontra formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para gerar as informações desejadas.

O pré-teste foi realizado em 12 clientes com diagnóstico de IC que não compuseram a amostra final para validade do instrumento, não se verificou qualquer tipo de dificuldade no preenchimento dos questionários.

### 3.2 - FIDELIDADE DA ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A fidelidade do instrumento de medida refere-se, à precisão e à constância das medidas, tornando-se uma propriedade fundamental nestes instrumentos (Fortin, 2009). Considera-se que um instrumento de medida é fiável quando obtém resultados comparáveis em situações comparáveis (Fortin, 2009). Existem vários modos para avaliar a fidelidade dos instrumentos de medida, sendo que a consistência interna é relevante, quando se trata de questionários, formulários ou escalas que recolhem informações num único momento.

A consistência interna será maior quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens. A lógica para medir a consistência interna é a que os itens individuais ou indicadores da escala devem medir o mesmo constructo e serem altamente correlacionais (Hair et al., 2005).

Fortin (2009) argumenta que se utiliza o *Alpha de Cronbach* quando existem várias possibilidades de escolha no estabelecimento dos scores nos instrumentos de medida, como nas escalas de *Likert*.

Desta forma, optamos por fazer a análise da consistência interna através da determinação do coeficiente *Alpha de Cronbach*. O valor do *Alpha de Cronbach* pode variar de 0 a 1, quanto mais perto de 1 melhor é a sua classificação, ou seja, maior será a consistência interna do instrumento, sendo que uma boa consistência interna deve exceder um *Alpha de Cronbach* de 0,80. Contudo, são aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro, 1999). Gliem e Gliem (2003) argumentam que o aumento do valor do *Alpha de Cronbach* é parcialmente dependente do número de itens da escala e que embora um alto valor do *Alpha* indique uma boa consistência interna dos itens da escala, não significa que a escala seja unidimensional.

Na análise global do *Alpha de Cronbach* da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca de 12 itens obtivemos um valor do ***Alpha de Cronbach =0,74***. Já para a versão de 9 itens do mesmo instrumento obtivemos um valor do ***Alpha de Cronbach =0,72*** (Anexo 19). Tanto o valor do teste de ***Alpha de Cronbach*** para o instrumento de 12 e 9 itens apresentam-se dentro dos intervalos aceitáveis para a verificação da consistência interna de acordo com George e Mallery (2002).

Nos quadros 4 e 5, apresentamos o valor do *Alpha de Cronbach* do instrumento em uso, nas diferentes traduções linguísticas e observamos que o valor do *Alpha de Cronbach* nas versões de 12 itens variam entre 0,69 e 0,82 e na versão de 9 itens variam entre 0,71 e 0,80 configurando uma fidelidade aceitável para as várias versões da *European Heart Failure Self-care Behavior Scale*. Estes resultados reforçam a aplicação

clínica com alguma segurança da escala nos vários contextos culturais e na prática de cuidado na qual o instrumento é utilizado.

Quadro 4: Valores do *Alpha de Cronbach* da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - 12 itens (validação em diferentes países)

<b><i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i></b>		
<b>Autor / Ano</b>	<b>Versão</b>	<b>Valor do <i>Alpha de Cronbach</i></b>
Pulignano et al., (2010)	Italiana	0,82
Yu et al., (2011)	Chinesa	0,82
Jaarsma et al., (2003)	Original	0,81
Kato et al., (2008)	Japonesa	0,71
Feijó et al., (2012)	Brasileira	0,70
Shuldham et al., (2007)	Inglesa	0,69
Baydemir, Ozdamar e Unalir (2013)	Turca	0,69

Quadro 5: Valores do *Alpha de Cronbach* da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - 9 itens (validação em diferentes países)

<b><i>European Heart Failure Self-care Behaviour Scale</i></b>		
<b>Autor / Ano</b>	<b>Versão</b>	<b>Valor do <i>Alpha de Cronbach</i></b>
Jaarsma et al., (2009)	Original	0,80
Lee et al., (2012)	Americana	0,80
Koberich et al., (2012)	Alemã	0,71

Na análise da consistência interna da Escala Europeia de Autocuidado da Insuficiência Cardíaca, verificamos também que a exclusão de qualquer item não contribuía para aumentar o valor do *Alpha de Cronbach* da nossa escala. Em alguns estudos realizados, a exclusão pontual de alguns itens aumentava o valor da consistência interna apenas entre 0,01 e 0,04, o que levou os autores a não excluir nenhum dos itens, tendo em consideração o valor dos dados recolhidos (Baydemir, Ozdamar, e Unalir, 2013; Koberich et al., 2012).

Como podemos verificar no quadro 6, os itens “2-Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo”, o item “7- Faço um momento para o descanso durante o dia” e o item “11-Tomo a vacina da gripe todos os anos”, apresentam uma correlação item/total de (0,47,0,20 e 0,21) respetivamente, o que apontam para uma correlação fraca dos itens com a escala global. As análises destes resultados são sobreponíveis aos estudos realizados por Jaarsma et al., (2009), no qual, as autoras procederam a exclusão destes itens, dando origem a versão de 9 itens da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*.

Quadro 6: Correlação Item/Total e valor do *Alpha de Cronbach* se o item for eliminado da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca - 12 e 9 itens

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca				
	12 itens (N=129)		9 itens (N=129)	
Itens	Correlação Item/Total	<i>Alpha de Cronbach</i> se o Item for eliminado	Correlação Item/Total	<i>Alpha de Cronbach</i> se o Item for eliminado
1.Peso-me todos os dias	0,50	0,68	0,50	0,66
2.Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	0,47	0,69	_____	_____
3.Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,47	0,69	0,48	0,67
4.Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,59	0,67	0,59	0,65
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,40	0,70	0,43	0,68
6.Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	0,35	0,71	0,28	0,71
7.Faço um momento para o descanso durante o dia	0,20	0,72	_____	_____
8.Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	0,45	0,69	0,49	0,67
9.Faço uma dieta com pouco sal	0,28	0,71	0,26	0,71
10.Tomo a medicação tal como foi receitada	0,25	0,72	0,25	0,71
11.Tomo a vacina da gripe todos os anos	0,21	0,73	_____	_____
12.Faço exercícios regularmente	0,27	0,72	0,28	0,71

### 3.3 - VALIDADE DA ESCALA EUROPEIA DE AUTOCUIDADO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Neste estudo e dada a solidez do processo de desenvolvimento do instrumento, optamos pela avaliação da validade de constructo, através do recurso à análise fatorial.

A análise fatorial inclui um conjunto de técnicas estatísticas cujo objetivo é descrever a estrutura de covariâncias entre as variáveis em termos de um número menor de variáveis não observáveis, chamadas fatores/dimensões. Ou seja, a análise fatorial estuda a inter-relação entre as variáveis, num esforço para encontrar um conjunto de dimensões, em número menor que o conjunto de variáveis originais, que exprima o que as variáveis originais partilham em comum. Desta forma, a principal função das diferentes



técnicas de análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas num número menor de dimensões. Hair et al., (2005) definem fator ou constructo/dimensão como uma combinação linear das variáveis observadas que explicam partes da variabilidade dos dados. A matriz de correlação é uma matriz quadrada cujos elementos são as correlações analisadas, já a matriz de covariância é uma matriz quadrada cujos elementos fora da diagonal principal são as covariâncias entre as variáveis e na diagonal principal são as variâncias de cada variável. As comunalidades são quantidades das variâncias (correlações) de cada variável explicada pelas dimensões. Quanto maior for a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável pela dimensão. Os autovalores (*eigenvalues*) são valores obtidos a partir das matrizes de covariância ou de correlação, cujo objetivo é obter um conjunto de vetores independentes que expliquem o máximo da variabilidade dos dados (Amaral, 2011).

Figueiredo e Silva (2010) diferenciam duas principais modalidades de análise fatorial: a confirmatória e a exploratória. A análise fatorial exploratória (AFE) geralmente é utilizada nos estádios mais embrionários da investigação, no sentido de explorar os dados. Nesta fase, procura-se explorar a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação (Figueiredo e Silva, 2010). Por outro lado, a análise fatorial confirmatória (AFC) é utilizada para testar hipóteses. Nesse caso, o investigador, guiado por alguma teoria de base, testa em que medida determinadas variáveis são representativas de um conceito/dimensão. E “*No que concerne ao padrão entre as variáveis, a matriz de correlações deve exibir a maior parte dos coeficientes com valor acima de 0,30*” (Figueiredo e Silva, 2010, p. 166).

No nosso estudo, utilizamos a análise fatorial exploratória para verificar a adequação dos dados, nomeadamente, a relação entre um conjunto de variáveis, identificando padrões de correlação. Procedemos inicialmente à realização do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*, cujos resultados variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais perto de 1 mais adequados são os dados. Friel (2009) sugere que o valor da estatística de *KMO* deve ser interpretado da seguinte forma: entre 0,90 e 1 são considerados valores excelentes; entre 0,80 e 0,89 são considerados valores bons; entre 0,70 e 0,79 são considerados valores medianos; entre 0,60 e 0,69 são considerados valores medíocres; entre 0,50 e 0,59 são considerados valores maus e entre 0 e 0,49 são considerados valores inadequados. Já Hair et al., (2006) sugerem 0,50 como um patamar aceitável. Da mesma forma, o teste da esfericidade de *Bartlett (Bartlett Test of Sphericity-BTS)* deve ser estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) para produzir informação válida e credível na interpretação dos resultados que emergem da análise fatorial. Desta forma, para ratificar a consistência da análise fatorial, procedemos a realização do teste

de adequação da amostra de *KMO*, cujo resultado foi de 0,693. Simultaneamente, realizamos o teste de esfericidade de *Bartlett*, cujo resultado foi de  $p < 0,001$  para o nível de significância, fazendo concluir que poucas dimensões poderão explicar grande proporção da variabilidade dos dados. A estes dados associa-se o valor do teste de *Alpha de Cronbach* da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, que teve como resultado para a versão de 12 itens um valor do *Alpha de Cronbach* = 0,74. E para a versão de 9 itens do obtivemos um valor do *Alpha de Cronbach* = 0,72.

No que concerne a técnica de extração dos fatores na análise fatorial exploratória, esta pode ser por componentes principais, fatores principais, por imagem; por verossimilhança máxima; por alfa; mínimos quadrados não ponderados e mínimos quadrados.

Para Garson (2009), a análise de componentes principais é em geral preferida para fins de redução de dados, traduzindo o espaço das variáveis num espaço ótimo de fatores. Já no método de extração, o pesquisador deve determinar o número de fatores que serão extraídos. Sendo que a solução ótima é identificar o número mínimo de fatores que maximiza a quantidade de variância total explicada. Posteriormente, o tipo de rotação dos fatores refere-se ao método matemático que rotaciona os eixos no espaço geométrico, isso torna mais fácil determinar quais variáveis são carregadas em quais componentes. De acordo com Tabachnick e Fidell (2007), existem dois tipos principais de rotação: ortogonal e oblíqua. As rotações ortogonais são mais fáceis de reportar e de interpretar, no entanto, deve-se assumir que os constructos são independentes. Já as rotações oblíquas permitem que os fatores sejam correlacionados, todavia, são mais difíceis de descrever e interpretar. Em geral, as duas formas de rotação produzem resultados bastante semelhantes, principalmente quando o padrão de correlação entre as variáveis utilizadas é claro (Pallant, 2007; Hair et al., 2006). De acordo com Pallant (2007), o tipo de rotação ortogonal *Varimax* é o mais comumente utilizado (esse método procura minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator).

Neste estudo, utilizamos a análise dos componentes principais para agrupar os itens num conjunto homogêneo, e assim identificar a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões, que se exprimam pelos valores de relações estatísticas mais elevados (Pais-Ribeiro, 2010). Para tal, utilizamos a rotação ortogonal segundo o método *Varimax*.

Primeiramente emergiram 4 dimensões da análise fatorial do instrumento. Contudo, uma das dimensões integrava apenas um dos itens, mas com carga fatorial relevante em mais do que uma dimensão, por isso, decidimos considerar apenas 3 dimensões para a escala. Esta decisão também foi apoiada pelo constructo teórico de criação do instrumento, que foi suportado por 3 dimensões como citamos.

Desta forma, as três dimensões que emergiram da análise fatorial da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência cardíaca foram classificadas em “Procura de ajuda”, “Atividades de adaptação” e “*Compliance*”.

Ao analisarmos a variância total explicada do instrumento para as 3 dimensões propostas, verificamos que as três dimensões identificadas explicam 58,94% da variância total (Anexo 20). O quadro 7 apresenta a estrutura dos componentes principais da dimensão “Procura de ajuda” da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax*, com indicação dos respetivos valores de saturação, *eigenvalues* e % da variância explicada.

Quadro 7: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax* – Dimensão 1

Dimensão 1 – Procura de ajuda	Saturação
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	,752
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	,644
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	,584
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	,736
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	,598
<b><i>Eighenvalue</i></b>	2,28
<b>% Variância Total</b>	25,37

A dimensão 1 explica 25,37% da variância total e é constituído pelos itens 3,4,5,8, 10 apresentando cargas fatoriais que variam de 0,584 a 0,752, foi denominada de “Procura de ajuda”. Esta dimensão corresponde à forma como os clientes percecionam a sua condição de saúde e lidam com os desafios percebidos. Observamos que os clientes nesta dimensão fazem o que lhes é sugerido, cumprindo as instruções, esboçando pouco ou nenhum questionamento sobre suas ações. Inserem-se nesta dimensão os clientes que esperam muito dos profissionais de saúde, atribuindo-lhes o controlo da sua saúde. Como podemos evidenciar esta dimensão engloba o maior número de itens da escala (5 itens) e obtém o valor da fidelidade mais elevado (0,73) (Anexo 21). Esta atitude face ao comportamento de autocuidado pode estar associada à postura pessoal face ao envelhecimento, face aos outros e ao futuro. Esta atitude influencia a forma como os clientes percecionam a condição de saúde, como lidam com os desafios percebidos, como interagem com os profissionais de saúde e como se posicionam face ao tratamento negociado. Atitudes que influenciam, e são influenciadas pela capacidade funcional para

o autocuidado, pela autoestima e pela satisfação com a vida (Backman e Hentinen, 1999). O quadro 8 apresenta a estrutura dos componentes principais da dimensão “Atividades de adaptação” da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax*, com indicação dos respectivos valores de saturação, *eigenvalues* e % da variância explicada.

Quadro 8: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax* – Dimensão 2

Dimensão 2 – Atividades de adaptação	Saturação
1_Peso-me todos os dias	,777
12_Faço exercício regularmente	,887
<b><i>Eighenvalue</i></b>	1,57
<b>% Variância Total</b>	17,52

A dimensão 2 explica 17,52% da variância total e é constituído pelos itens 1 e 12 que apresentam cargas fatoriais de 0,777 e 0,887 respetivamente, foi denominada de “Atividades de adaptação”. Nesta dimensão, integra as atividades propostas para o tratamento não-farmacológico da IC, como o hábito de se pesarem e fazerem exercícios físicos diariamente. Esta dimensão engloba 2 itens da escala e obtém o valor da fidelidade de 0,60 (Anexo 21). Consideramos que a adoção de mudanças no comportamento está intrinsecamente relacionada com questões culturais e sociais dos indivíduos. Muitos clientes portadores de doenças crónicas como a IC, não tem conhecimento e incentivo no meio em que estão inseridos, para promoverem a mudança de hábitos e estilos de vida saudáveis, como a prática regular de atividade física ou para desenvolverem comportamentos de autovigilância, como o controlo do peso corporal. Será de realçar, que clientes mais velhos e com comorbidades associadas poderão apresentar maiores dificuldades para implementarem e manterem mudanças comportamentais que viabilizem a integração no quotidiano da prática de alguma atividade física ou mesmo a locomoção. Stromberg e Martensson (2003) argumentam que os clientes com IC têm a capacidade reduzida para fazer atividades físicas e as atividades do dia-a-dia devido à fadiga e à dispneia associadas à doença. O quadro 9 apresenta a estrutura dos componentes principais da dimensão “*Compliance*” da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax*, com indicação dos respectivos valores de saturação, *eigenvalues* e % da variância explicada.

Quadro 9: Estrutura dos componentes principais da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca após rotação *Varimax* - Dimensão 3

Dimensão 3 – “ <i>Compliance</i> ”	Saturação
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	,809
9_Faço uma dieta com pouco sal	,688
<b><i>Eighenvalue</i></b>	1,44
<b>% Variância Total</b>	16,03

A terceira dimensão que explica 16,03% da variância total é constituída pelos itens 6 e 9 que apresentam uma carga fatorial de 0,809 e 0,688 respetivamente, foi denominada como “*Compliance*”. Nesta dimensão, destacamos que a terminologia empregada remete para o grau em que o comportamento do cliente coincide com as orientações dos profissionais de saúde, atribuindo ao cliente uma visão de cumpridor de recomendações propostas. Neste contexto, Conrad (1985) advoga que o termo “*Compliance*” estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o cliente visto como um cumpridor de recomendações. Esta dimensão engloba também 2 itens da escala e obtém o valor de fidelidade de 0,37 (Anexo 21). De acordo com Backman e Hentinen (1999), o autocuidado, inscrito na matriz existencial das pessoas, está intimamente relacionado com o seu passado, a sua experiência de vida, podendo influenciar a atitude face ao autocuidado no que remete ao comportamento de autocuidado ou ao estilo de gestão do regime terapêutico. Esta atitude é influenciada pela postura pessoal face ao envelhecimento, aos outros e ao futuro. Situação esta que influencia a forma como os clientes percecionam a condição de saúde, como lidam com os desafios percebidos, como interagem com os profissionais de saúde e como se posicionam face ao tratamento negociado.

Face ao exposto e ao analisarmos os estudos que envolvem a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, consideramos que os resultados da nossa análise fatorial estão de acordo com outros estudos que analisam a estrutura interna das várias versões da escala. Vários autores procuram comprovar e testar a dimensionalidade da escala. Na versão de 12 itens, Jaarsma et al., (2003) determinaram pela análise fatorial confirmatória três dimensões para a escala (“Cumprimento do regime”, “Pedir ajuda” e “Atividades de adaptação”) e a fidelidade das dimensões foi de 0,67, 0,57 e 0,46, respetivamente. No estudo de Koberich et al., (2012) a análise dos componentes principais com rotação *varimax* revelou a presença de três dimensões para a escala de 9 itens. No entanto, como alguns itens apresentavam cargas fatoriais relevantes em mais

de uma dimensão, os autores optaram apenas por uma dimensão global denominada de "Pedir ajuda" que integrou todos os itens. No estudo realizado por Yu et al., (2011) os autores utilizaram a análise fatorial confirmatória para suportar o pressuposto das três dimensões da escala de 12 itens, "Adesão ao tratamento", "Adaptação para as atividades" e "Obter ajuda". A fidelidade das dimensões encontradas foram 0,68, 0,41 e 0,72. Por seu lado, no estudo de Shuldham et al., (2007) a análise dos componentes principais da versão de 12 itens propôs 4 dimensões para a escala. Por sua vez, Baydemir, Ozdamar, e Unalir (2013) propôs 4 dimensões para a escala de 12 itens, classificadas como: "Adesão ao tratamento", "Adesão para as atividades", "Adesão às recomendações" e "Obter ajuda". A fidelidade das quatro dimensões encontradas foi 0,79, 0,69, 0,12 e 0,28 respetivamente. Já na versão Japonesa de 12 itens, os autores argumentam que a escala mede uma única dimensão. No entanto, sugerem que mais estudos sejam desenvolvidos para avaliar efetivamente a dimensionalidade do instrumento (kato et al.,2008).

### **3.4 - COMPORTAMENTO DE AUTOQUICADO EM CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Neste estudo, utilizamos uma abordagem quantitativa na análise dos dados com recurso ao programa de tratamento de dados estatísticos IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21. Na análise dos dados recorreremos à estatística descritiva, para a descrição das variáveis e à estatística inferencial para o estudo das suas relações. Para sustentar a nossa decisão de escolha da estatística paramétrica ou não paramétrica na análise inferencial, procedemos ao estudo das características da distribuição amostral como discutiremos a seguir. Para efeitos deste estudo apenas apresentaremos os resultados da estatística inferencial para um nível de significância  $p \leq 0,05$ .

Procedemos à análise da aderência à normalidade da distribuição através do teste *Kolmogorov-Smirnov* (K-S). Os resultados permitiram constatar a existência de uma significância estatística  $p < 0,001$  em todos os itens, o que sustentou a decisão de utilizar testes estatísticos não paramétricos. Nesta decisão tornou-se relevante também, o facto de utilizarmos uma escala de *Likert*, em que as nossas variáveis em estudos são ordinais.

Para a análise da relação entre as variáveis utilizamos os testes estatísticos não paramétricos. Recorreremos ao estudo do coeficiente de correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) para o estudo das relações entre as variáveis da mesma natureza, e o teste *U-Mann-Whitney* (U) para a comparação entre dois grupos distintos.

### 3.4.1 - Caracterização da amostra do estudo

A amostra deste estudo é constituída por 129 clientes (n=129) que reuniram os critérios de inclusão propostos para este estudo.

Os clientes da nossa amostra têm em média 69,89 anos ( $SD \pm 11,91$ ;  $Med.=72$   $Mo.=80$ ;  $Max.=92$ ;  $Min.=40$ ). Quanto ao sexo dos participantes do estudo 64,3% (n=83) são homens e 35,7% (n=46) são mulheres; maioritariamente são casados 58,1% (n=75) e 27,9% (n=36) são viúvos. A maioria dos participantes encontram-se reformados 82,2% (n=106), e 8,5% (n=11) declararam-se trabalhadores ativos. Relativamente à escolaridade 68,2% (n=88) frequentaram o sistema de ensino até 4 anos, 12,4% (n=16) entre 5 e 6 anos e 7% (n=9) não frequentaram o sistema de ensino. Nesta amostra apenas 4,7% (n=6) dos clientes frequentaram o sistema de ensino mais de 12 anos.

Neste estudo, 96,9% (n=125) dos participantes afirmaram viver numa área urbana. Dos clientes que participaram no nosso estudo, 74,4% (n=96) vivem em habitação tipo moradia, 22,5% (n=29) vivem em apartamento e 3,1% (n=4) referiram viver em lares ou instituições similares. Relativamente às pessoas com quem vivem, 38,8% (n=50) dos clientes referem viver com o cônjuge/companheiro, 17,8% (n=23) referem viver com cônjuge, companheiro e filhos, e 15,5% (n=20) vivem sozinhos.

Quando questionados sobre a necessidade de ajuda para concretizar as atividades do dia-a-dia, 31,8% (n=41) referem necessitar de ajuda para a realização das atividades de vida diária. Destes clientes que referem necessitar de ajuda nas atividades do dia-a-dia, a maioria dos participantes, 46,3% (n=19) recorrem aos filhos (as) e 26,8% (n=11) aos companheiros.

Globalmente, os participantes referem que a doença tem tido influência na forma como realizam as suas atividades de vida diária. Destes clientes com IC, 25,6% (n=33) consideram que a doença não os tem impedido de fazerem as suas atividades do dia-a-dia; 34,9% (n=45) consideram que a IC os tem impedido de fazer algumas atividades do dia-a-dia; 20,2% (n=26) afirmaram que a IC os tem impedido de fazer a maior parte das atividades do dia-a-dia e 19,4 % (n= 25) consideram que agora necessitam de apoio total de outras pessoas para realizar as suas atividades do dia-a-dia.

Relativamente ao tempo de diagnóstico da IC, 34,1% (n=44) referem ter a doença há mais de 10 anos, 20,2% (n=26) referem ter a doença entre 5 a 7 anos e, 28,7% (n=37) referem ter a doença entre 2 a 4 anos, os restantes desconhecem há quanto tempo têm IC.

Dos clientes que integraram a amostra, 45,7% (n=59) afirmaram que estiveram hospitalizados ou procuraram assistência de saúde nos últimos 12 meses por causa da IC. Destes, 27,9% (n=36) estiveram internados uma vez no último ano por causa da IC,

7,8% (n=10) dos participantes informaram que estiveram duas vezes internados por causa da IC; 7,0% (n=9) afirmaram que estiveram três vezes internados por causa da IC no último ano e 3,1% (n=4) relataram que estiveram mais de quatro vezes internados por causa da IC nos últimos 12 meses.

Relativamente aos dados recolhidos do processo clínico de cada participante do estudo, verificamos um valor médio da FEVE de 37,24% (*Med.*=35 *Mo.*=60; *Max.*=69; *Min.*=11; *SD*±17,79). No que remete a patologias associadas à IC, verifica-se que a maioria das situações de Insuficiência Cardíaca, 96,9% (n=125) se encontra associada a outras situações patológicas, sendo a patologia isquémica do coração e doenças cardíacas a classe mais representativa, seguida da hipertensão arterial sistémica, DPOC e outros problemas respiratórios, diabetes e dislipidemias. Na tabela 2 podemos observar a distribuição da etiologia da IC e a sua classificação segundo a NYHA.

Tabela 2: Variáveis clínicas dos participantes do estudo

Variáveis clínicas		
	%	n
<b>Etiologia da IC</b>		
Conhecida	79,8	103
Desconhecida	20,2	26
<b>Classificação NYHA</b>		
Classe I	43,3	56
Classe II	45,7	59
Classe III	8,5	11
Classe IV	0,8	1
Informação não disponível	1,6	2

No que se refere aos resultados dos padrões de respostas de cada item da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca a distribuição por cada item encontra-se pormenorizada da tabela 3. Globalmente, podemos considerar que estes padrões de resposta indicam a adesão da amostra do estudo para comportamentos de autocuidado recomendados pelas diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento não-farmacológico da IC. Contudo, observamos algumas exceções, nomeadamente para o item “01- Peso-me todos os dias” (*Media*=3,7; *Med.*=4,0; *Mo.*=5,0; *SD*±1,4) e no item “12- Faço exercícios regularmente” (*Media*=3,1; *Med.*=3,0; *Mo.*=4,0; *SD*±1,5). Estes resultados indicam que os nossos participantes demonstram dificuldade em realizar a vigilância diária do peso corporal e a realizar alguma atividade física regular.



Tabela 3: Distribuição de respostas por cada item da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca	Concordo plenamente					Discordo plenamente	Total respostas válidas
	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5		
1.Peso-me todos os dias	15,5% (n=20)	7,8% (n=10)	7,0% (n=9)	25,6% (n=33)	44,2% (n=57)	n=129	
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	63,6% (n=82)	21,7% (n=28)	7,0% (n=9)	7,0% (n=9)	0,8% (n=1)	n=129	
3.Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	44,2% (n=57)	22,5% (n=29)	19,4% (n=25)	7,8% (n=10)	3,9% (n=5)	n=126	
4.Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	46,5% (n=60)	26,4% (n=34)	10,1% (n=13)	10,9% (n=14)	4,7% (n=6)	n=127	
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	34,1% (n=44)	33,3% (n=43)	14,0% (n=18)	6,2% (n=8)	3,1% (n=4)	n=117	
6.Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	56,6% (n=73)	14,7% (n=19)	14,0% (n=18)	7,8% (n=10)	6,2% (n=8)	n=128	
7.Faço um momento para o descanso durante o dia	73,6% (n=95)	6,2% (n=8)	7,0% (n=9)	7,0% (n=9)	6,2% (n=8)	n=129	
8.Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	27,9% (n=36)	38,0% (n=49)	18,6% (n=24)	10,1% (n=13)	3,1% (n=4)	n=126	
9.Faço uma dieta com pouco sal	64,3% (n=83)	10,9% (n=14)	9,3% (n=12)	11,6% (n=15)	3,9% (n=5)	n=129	
10.Tomo a medicação tal como foi receitada	92,2% (n=119)	4,7% (n=6)	1,6% (n=2)	1,6% (n=2)	0% (n=0)	n=129	
11.Tomo a vacina da gripe todos os anos	62,8% (n=81)	6,2% (n=8)	5,4% (n=7)	3,1% (n=4)	22,5% (n=29)	n=129	
12.Faço exercícios regularmente	23,3% (n=30)	14,7% (n=19)	13,2% (n=17)	24,8% (n=32)	23,3% (n=30)	n=128	

Através da tabela 3 verificamos que o item “1-Peso-me todos os dias” (Media=3,7; Med.=4,0; Mo=5,0; SD±1,4) assume uma maior concentração de respostas nos scores 4 e 5 (69,8%), indicando que a maioria dos participantes do estudo não realizam a verificação do peso corporal diariamente.

O item “2-Se fico com falta de ar, abrando o meu ritmo”, a grande parte dos inquiridos no estudo (63,6%), posicionaram-se no score 1 do instrumento ( $Media=1,5$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 0,9$ ), onde afirmaram que quando ficam com falta de ar, abrandam o ritmo.

O item “3-Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro”, a maioria dos participantes do estudo (66,7%) posicionaram-se nos scores 1 e 2 ( $Media=2,0$ ;  $Med.=2,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 1,1$ ) informando que concordam ou quase sempre com esta afirmativa.

O item “4-Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro”, grande parte dos participantes do estudo (72,9%) posicionaram-se nos scores 1 e 2 ( $Media=1,5$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 0,9$ ), referindo que concordam ou quase sempre concordam em procurarem ajuda dos profissionais de saúde quando verificam edema nos pés ou nas pernas.

O item “5-Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro”, a maioria dos participantes que responderam os questionários (67,4%), situaram-se nos scores 1 e 2 ( $Media=2,0$ ;  $Med.=2,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 1,0$ ), indicando que quando verificam um rápido aumento de peso num curto período de tempo, procuram assistência dos profissionais de saúde.

O item “6-Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)”, a maioria dos inquiridos no estudo (56,6%), posicionaram-se no score 1 ( $Media=1,9$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 1,2$ ), indicando que fazem restrição quanto a quantidade de líquidos que ingerem diariamente.

O item “7-Faço um momento para o descanso durante o dia”, grande parte dos clientes que participaram do estudo (73,6%), assinalaram o score 1 do instrumento ( $Media=1,6$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 1,2$ ) concordando plenamente com a afirmativa.

O item “8-Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro”, a maior parte dos inquiridos (65,9%), posicionaram-se nos 1 e 2 do instrumento ( $Media=2,2$ ;  $Med.=2,0$ ;  $Mo.=2,0$ ;  $SD\pm 1,0$ ), indicando que concordam plenamente ou quase sempre concordam com esta afirmativa.

O item “9- Faço uma dieta com pouco sal”, a maioria dos participantes do estudo (64,3%) assinalaram o score 1 ( $Media=1,7$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 1,2$ ), concordando plenamente que seguem uma dieta com pouco sal.

O item “10- Tomo a medicação tal como foi receitada”, grande parte do inquiridos (92,2%) posicionaram-se no score 1 do instrumento ( $Media=1,1$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm 0,4$ ), concordando plenamente que fazem a ingestão diária e nos respetivos horários dos fármacos prescritos.

O item “11- Tomo a vacina da gripe todos os anos”, grande parte dos participantes do estudo (62,8%) posicionaram-se no score 1 do instrumento ( $Media=2,1$ ;  $Med.=1,0$ ;  $Mo.=1,0$ ;  $SD\pm1,6$ ), concordando plenamente que recebem a vacinação anual contra a gripe.

O item “12- Faco exercícios regularmente”, a maior parte dos inquiridos (61,3%) posicionaram-se nos scores 3, 4 e 5 do instrumento ( $Media=3,1$ ;  $Med.=3,0$ ;  $Mo.=4,0$ ;  $SD\pm1,5$ ), indicando a dificuldade dos clientes em realizarem alguma atividade física.

O item “10- Tomo a medicação tal como foi receitada” é o que apresenta maior % no score 1, indicando que quase todos os clientes referem cumprir a prescrição do regime medicamentoso. Apenas os itens 1 e 12 (“Peso-me todos os dias” e “Faço exercício regularmente” apresentam resultados que indicam que a maioria dos clientes referem não realizarem estas atividades de autocuidado de acordo com as orientações face à sua condição de saúde.

Quanto aos restantes itens, os resultados permitem verificar que a maioria dos clientes adotam esses comportamentos, observando-se uma distribuição entre os 56,6% e 73,6% do total dos clientes que referem realizar sempre ou quase sempre cada um desses autocuidados.

Estes valores permite-nos considerar que a maioria destas respostas estão inclinadas para o padrão de resposta posicionada entre os scores 1 “Concordo plenamente” e 2, indicando a adesão dos participantes do estudo às práticas de autocuidado requeridas na IC expressa pelos itens supracitados.

No padrão de resposta dos demais itens verificamos que os scores oscilam entre 1 e 2, também configurando boa adesão dos participantes do estudo aos comportamentos de autocuidado na IC avaliados pela Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência cardíaca.

No que refere ao somatório global dos scores da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*, estes podem variar de 12 a 60 pontos para a versão de 12 itens e de 9 a 45 pontos para a versão de 9 itens, sendo que valores mais baixos indicam melhor adesão às práticas de autocuidado mensuradas pelo instrumento.

Na nossa amostra verificamos um valor médio do score total obtido no instrumento de 12 itens de  $24,99 \pm 7$  ( $Med.=25$   $Mo.=25$ ). No instrumento de 9 itens verificamos um valor médio do score total obtido de  $19,57 \pm 6$  ( $Med.=19$   $Mo.=19$ ). Nesta análise consideramos que a atitude face ao autocuidado pode influenciar, também, o desenvolvimento de competências para gerir o regime terapêutico (Mota, 2011), o que poderá explicar os resultados obtidos. Estes resultados poderão também refletir a inexistência da ajuda sistematizada de enfermeiros nesta consulta para ajudarem os

clientes a integrarem no quotidiano o regime de tratamento, com especial ênfase no regime não farmacológico.

Em outros estudos publicados também podemos verificar que os valores médios dos scores globais das várias versões da EHFSBS são sobreponíveis na maioria dos estudos, como podemos verificar nos quadros 10 e 11.

Quadro 10: Score médio global das versões da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - 12 itens

<b><i>European Heart Failure Self-care Behavior Scale</i></b>		
<b>Autor / Ano</b>	<b>Versão</b>	<b>Score médio global</b>
Jaarsma et al., (2003)	Original	29,6 ±9
González et al., (2006)	Espanhol	24,2±7
Kato et al., (2008)	Japonesa	32,6 ± 9
Lupón et al., (2008)	Espanhol	24,2±7
Yu et al., (2011)	Chinesa	28,6±4
Feijó et al., (2012)	Brasileira	24,7±8
Baydemir, Ozdamar e Unalir (2013)	Turca	34,0±7

Quadro 11: Score médio global das versões da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* - 9 itens

<b><i>European Heart Failure Self-care Behavior Scale</i></b>		
<b>Autor / Ano</b>	<b>Versão</b>	<b>Score médio global</b>
Lee et al., (2012)	Americana	18,1±6
Koberich et al., (2012)	Alemã	19,9±6

As diferenças encontradas nas pontuações médias das várias versões *European Heart Failure Self-care Behavior Scale* - Escala Europeia de Autocuidado da Insuficiência Cardíaca, podem estar relacionadas com as diferenças e características entre as populações, as condições de saúde dos clientes e a acessibilidade aos serviços de saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem disponíveis em cada contexto, o que parece influenciar os comportamentos de autocuidado. Uma vez que a disponibilidade e o acesso da população aos cuidados/intervenções de Enfermagem

traduzem-se, na maioria das vezes, em resultados positivos no que refere à consciencialização e adesão ao regime terapêutico proposto.

### 3.4.2 - Análise das dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Realizamos a análise descritiva das três dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, onde podemos constatar que a dimensão “Atividades de adaptação” apresenta um score médio global de  $3,42 \pm 1,26$ , a dimensão “Procura de ajuda” apresenta um score médio global de  $1,86 \pm 0,71$  e a dimensão “Compliance” apresenta um score médio global de  $1,85 \pm 0,97$  (Tabela 4).

Tabela 4: Estatística descritiva dos scores médios das dimensões que emergem da análise fatorial da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

	Procura de ajuda	Atividades de adaptação	“Compliance”
<b>Média</b>	1,86	3,42	1,85
<b>Mediana</b>	1,60	4,00	1,50
<b>Moda</b>	1,40	4,50	1,00
<b>Desvio padrão</b>	0,71	1,26	0,97
<b>Mínimo</b>	1,00	1,00	1,00
<b>Máximo</b>	4,20	5,00	5,00

Na análise das dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Tabelas 5, 6 e 7), verificamos que a dimensão “Atividades de adaptação” apresenta scores mais elevados quando comparados com as demais dimensões encontradas no estudo, reforçado a dificuldade dos clientes face às atividades propostas para o tratamento não-farmacológico da Insuficiência Cardíaca, como controlo do peso corporal e a prática de exercícios físicos. As dimensões “Procura de ajuda” e “Compliance” apresentam scores médios globais próximos, indicando a adesão dos participantes do estudo às práticas de autocuidado avaliadas pelo instrumento, uma vez que scores mais baixos da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca indicam melhores comportamentos de gestão do regime terapêutico por parte dos clientes com IC.

Tabela 5: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 1

<b>Dimensão 1 – Procura de ajuda</b>	<b>Score Médio*</b>
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,03±1,18
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,97±1,19
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,00±1,06
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,20±1,02
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	1,11±0,50

\*Variáveis expressas como media ± desvio padrão

Tabela 6: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 2

<b>Dimensão 2 – Atividades de adaptação</b>	<b>Score Médio*</b>
1_Peso-me todos os dias	3,78±1,46
12_Faço exercícios regularmente	3,10±1,50

\*Variáveis expressas como media ± desvio padrão

Tabela 7: Scores médios dos itens da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca – Dimensão 3

<b>Dimensão 3 – “Compliance”</b>	<b>Score Médio*</b>
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1,96±1,31
9_Faço uma dieta com pouco sal	1,90±1,27

\*Variáveis expressas como media ± desvio padrão

Ao observarmos os scores médios de cada item por dimensão da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, verificamos que dos 5 itens que compõem a dimensão “Procura de ajuda”, o item “8-Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro” apresenta score mais elevado para esta dimensão (2,20±1,02) e o item “10- Tomo a medicação tal como foi receitada” o score mais baixo (1,11±0,50).

Na dimensão “Atividades de adaptação” os scores médios de cada item situam-se entre de 3,10 ± 1,50 para o item “12- Faço exercícios regularmente” e 3,78 ± 1,46 para o item “1-Peso-me todos os dias”.

Na dimensão “*Compliance*” os scores dos dois itens que compõem esta dimensão apresentam-se valores aproximados. O item “6-Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)” apresenta score  $1,96 \pm 1,31$  e o item “9-Faço uma dieta com pouco sal” apresenta score  $1,90 \pm 1,27$ .

Para o estudo das relações entre as dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca utilizamos a correlação de *Spearman* ( $r_s$ ). O coeficiente de correlação dá-nos a direção, que é indicada pelo sinal positivo ou negativo e a intensidade ou força que é dada pelo valor que varia entre -1 e +1. Uma correlação de +1 significa que há relação linear positiva perfeita entre as variáveis, o que indica que o aumento de uma variável, em média, corresponde ao aumento da outra. Enquanto, que por outro lado, uma correlação de -1 indica a existência de relação linear negativa perfeita, o que indica que o aumento de uma variável está associado, à diminuição da outra. Se a correlação for zero não existe correlação entre as variáveis (Pestana e Gageiro, 2005)

Um  $r_s$  menor que 0,2 indica uma correlação muito baixa e sem significância; entre 0,2 e 0,39 correlação baixa; entre 0,4 e 0,69 correlação moderada; entre 0,7 e 0,89 correlação forte e entre 0,9 e 1 correlações muito elevadas, com lógica semelhante as correlações negativas (Pestana e Gageiro, 2003). No quadro 12 apresentamos a matriz de correlação entre as 3 dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, idade e FEVE dos participantes do estudo.

Quadro 12: Matriz de correlação entre os 3 fatores da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, idade e FEVE

Correlações							
			Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Idade	FEVE %
Spearman's rho	Dimensão 1	<i>Spearman</i>	-	,322**	,367**	-	-
	Dimensão 2	<i>Spearman</i>	,322**	-	,180*	,208*	-
	Dimensão 3	<i>Spearman</i>	,367**	,180*	-	-,279**	-
	Idade	<i>Spearman</i>	-	,208*	-,279**	-	-
	FEVE %	<i>Spearman</i>	-	-	-	-	-
**. Correlação é significativa no nível 0,01							
*. Correlação é significativa no nível 0,05							

Conforme podemos verificar a correlação entre as dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca comprova que as dimensões do instrumento estão interligadas, validando a conceção teórica do instrumento entre os itens. Estes resultados permitem considerar que o instrumento como um todo correlaciona-se com as

práticas de autocuidado necessárias aos clientes com IC, suportado pelas orientações nacionais e internacionais para a abordagem não-farmacológica aos clientes com IC.

A idade como vimos apresenta uma correlação positiva com a dimensão 2 e uma correlação negativa com a dimensão 3, indicando que quanto maior a idade maior é a concordância com as “Atividades de adaptação” (Dimensão 2) e quanto maior a idade menor a concordância com o “*Compliance*” (Dimensão 3).

A FEVE não apresenta nenhuma correlação com nenhuma das três dimensões. Estes resultados permitem considerar que a gravidade da IC nos participantes do estudo não é um fator que condiciona o desenvolvimento de competências de autocuidado. Apenas para a variável sexo se observaram diferenças estatisticamente significativas. Verificamos que o sexo apenas influencia as competências de autocuidado dos clientes na dimensão 2 “Atividades de adaptação”, sendo as mulheres as que apresentam menor concordância com os comportamentos de autocuidado ( $U=2,312.0$ ;  $W=3,393.0$ ;  $p=0,045$ ; *Mean Rank*: Homens=60,14; Mulheres=73,76), o que revela que as mulheres são mais resistentes às mudanças de comportamento no autocuidado do que os homens para a dimensão em discussão (Anexo 22).

No nosso estudo, não temos dados estatísticos que suportem a percepção de que as mulheres com IC experimentam melhor ou pior qualidade de vida comparado aos homens com IC, também verificamos que embora não tenhamos encontrado nenhuma relação significativa entre a FEVE e as competências para o autocuidado, podemos constatar que as mulheres participantes do estudo demonstram menor concordância com os comportamentos de autocuidado como já discutimos.

Stromberg e Martensson (2003) referem que apesar das mulheres atribuírem um significado positivo à doença, as restrições que afetam a relação entre a família e os amigos são mais difíceis de aceitar entre as mulheres. Os mesmos autores ainda argumentam que as mulheres parecem experimentar menor qualidade de vida do que os homens. Shulldham et al., (2007) argumentam que em seus estudos não encontraram nenhuma associação significativa entre o sexo e os comportamentos de autocuidado.

Num estudo de meta-análise publicado por Martínez-Sellés et al., (2012) que investigou a relação entre gênero e a sobrevida em clientes com IC, concluiu que as mulheres com IC têm melhor sobrevida do que os homens com IC independente da FEVE.

Num estudo publicado por Seto et al., (2011) a FEVE é descrito como um fator que influencia os comportamentos de autocuidado. Os autores deste estudo verificaram que quanto menor a percentagem da FEVE, melhor as práticas de autocuidado são executadas, entretanto consideram que esta relação não é suficientemente clara e sugerem que novos estudos devem ser realizados para determinar a relação entre a



FEVE e o autocuidado. Contudo, este estudo dá-nos indicadores relevantes sobre a possível existência de uma relação positiva entre a detioração da condição de saúde, o aumento da intensidade de acompanhamento dos enfermeiros e o nível de competência e de adoção de comportamentos de autocuidado nestes clientes, em contextos onde a ação dos enfermeiros está acessível e tem maiores níveis de sistematização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte do estudo, realizamos uma síntese dos resultados mais relevantes deste estudo. Apontamos algumas limitações, assim como, sugestões para futuras investigações e implicações para a enfermagem e para a investigação.

O autocuidado é um conceito central para a disciplina e para a prática de enfermagem, motivo pelo qual, este se torna relevante e pertinente para investigação. O desenvolvimento de competências de autocuidado nos clientes com IC pode ser positivamente influenciado pela ação dos enfermeiros, motivo pelo qual a disponibilização de recursos que suportem o processo de tomada de decisão dos enfermeiros pode ter um papel chave na segurança e na qualidade dos cuidados.

Este trajeto permitiu-nos identificar a necessidade dos enfermeiros desenvolverem uma maior sistematização da sua intervenção no domínio da promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com IC. O desenvolvimento desta sistematização pode configurar-se em diferentes domínios e ou perspetivas, nomeadamente através do desenvolvimento de linhas de orientação para a prática clínica, para a avaliação de resultados e no estudo de fatores que influenciam o desenvolvimento das competências de autocuidado destes clientes.

A IC é uma patologia crónica que provoca limitações funcionais que levam à diminuição progressiva da capacidade do cliente para realizar atividades do autocuidado. Facto também observado neste estudo, onde se observa que, o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas coloca desafios ao sistema de saúde. Neste sentido, cada vez mais é solicitado aos enfermeiros, um grande envolvimento na gestão e implementação de cuidados de saúde aos clientes com doença crónica, através do desenvolvimento e implementação de terapêuticas que promovam o autocuidado.

Nesta perspetiva, propusemo-nos a traduzir, adaptar e validar um instrumento de medida conhecido e já validado para vários contextos e culturas diferentes para avaliar o comportamento de autocuidado na IC, bem como avaliar o potencial do instrumento adaptado para a nossa cultura.

A *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* foi traduzida do idioma original para o Português, tendo por base as orientações internacionais para a tradução e adaptação de instrumentos na área da saúde. A validade de conteúdo do instrumento foi ratificada por um grupo de cinco peritos. Após a concordância da autora original do instrumento das alterações sugeridas e a realização do Pré-Teste chegamos a uma versão final da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, que foi utilizada na recolha dos dados neste estudo.

Desta forma, a Escala Europeia de Autocuidado na IC emerge como um instrumento útil, válido e de fácil aplicação, também para o contexto português. O estudo das propriedades psicométricas revela um nível de fidelidade adequado, com um *Alpha de Cronbach* de 0,74 para versão de 12 itens e 0,72 para a versão de 9 itens, levando-nos a concluir que este instrumento pode ser uma estratégia relevante na avaliação do comportamento de autocuidado nos clientes com IC.

No que remete à análise de constructo, recorremos à análise fatorial exploratória, da qual assumimos 3 dimensões para a escala, concordantes com os pressupostos do instrumento original, os quais foram denominada de “Procura de ajuda” que relaciona-se com as atividades/comportamentos que se esperam que sejam realizados pelos clientes com IC. A segunda dimensão foi classificada de “Atividades de adaptação” remetendo as atividades propostas para o tratamento não-farmacológico da IC, como hábito dos clientes se pesarem todos os dias e a prática diária de exercício físico. E a última dimensão foi denominada de “*Compliance*”, associando questões que remetem o grau em que o comportamento do cliente coincide com as orientações dos profissionais de saúde.

Ao explorar as relações entre as dimensões da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca no nosso estudo, percebemos que a idade apresenta uma correlação positiva com a dimensão “Atividades de adaptação” e uma correlação negativa com a dimensão “*Compliance*”. No que refere ao sexo dos participantes do estudo, as mulheres apresentam menos concordância com os comportamentos de autocuidado. Contudo, relativamente a FEVE não se verifica qualquer influência sobre as práticas de autocuidado mensuradas pelo instrumento.

#### Implicação para a Enfermagem

Os enfermeiros têm papel fundamental na promoção da saúde dos clientes com IC, promovendo estratégias que os capacitem, para a manutenção da condição de saúde, autonomia no autocuidado e da qualidade de vida. A avaliação do comportamento de autocuidado na IC revela-se como fulcral na abordagem dos clientes com IC, para que os enfermeiros possam contribuir efetivamente para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais que facilitem a adoção pelo cliente de estratégias adaptativas, que contribuam para a manutenção da independência no autocuidado, num processo de capacitação e autonomia. Estas estratégias visam essencialmente promover melhorias na qualidade de vida dos clientes, tornando-os pró-ativos na tomada de decisão relativamente ao modo de viver, assumindo responsabilidades quanto aos comportamentos que levam à melhoria da sua condição de saúde.

Realçamos que na nossa perspetiva a aplicação deste instrumento em clientes com IC, pode contribuir decisivamente para otimização da conceção de cuidados, e desta forma, sentimos que a relevância desta temática não se esgota por aqui, configurando-se este estudo, como um ponto de partida para a evolução do conhecimento sobre o desenvolvimento de competências de autocuidado em clientes com IC.

Embora existam instrumentos validados internacionalmente para avaliação do autocuidado, existem poucos validados para avaliar o autocuidado na IC no contexto português. Deste modo propomos a utilização deste instrumento noutros contextos da prática de cuidados de forma a constituir um questionário com validade e fidelidade no âmbito da avaliação do comportamento de autocuidado na IC.

O acompanhamento dos clientes crónicos por enfermeiros em contexto do internamento, ambulatório ou domiciliário, pode contribuir para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais que facilitem a adoção pelo cliente de estratégias adaptativas, que garantem a manutenção da independência no autocuidado e qualidade de vida. No âmbito das consultas externas, contexto no qual realizamos este estudo, consideramos que este é um local extremamente propício para desenvolvimento de ações terapêuticas de enfermagem com um caráter centralizado em ações que visem estimular o espírito crítico e responsável, de modo a envolver os clientes na promoção da independência e na gestão do regime terapêutico. Consideramos que no contexto onde procedemos à recolha de dados os resultados poderiam ser otimizados, caso estivesse acessível de uma forma sistemática o acesso aos cuidados de enfermagem, facto este que não se verificou durante a recolha dos dados.

#### Implicações para a investigação e futuras pesquisas

A concretização deste trabalho trouxe-nos momentos de crescimento pessoal e profissional e, esperamos que todo o esforço despendido para a finalização deste estudo, seja motivo de interesse e motivação a próximos investigadores com interesse pela área do autocuidado na IC, nomeadamente, pelos profissionais de saúde e que assim, possam vir a ter um papel decisivo na saúde e bem-estar destes clientes. Consideramos que a informação produzida pela aplicação de instrumentos de medida permite identificar necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem e ajudar a planear estratégias de intervenção no sentido de maximizar as suas habilidades e competências e minimizar as implicações e repercussões negativas da doença na qualidade de vida dos clientes.

### Limitações do estudo

Consideramos que a principal limitação deste estudo foi o facto de que no momento do início deste estudo, não existiam instrumentos com o objetivo de avaliar o autocuidado em clientes com IC já validados para a população portuguesa, e desta forma, a validade de critério não pôde ser verificada, pois isto teria exigido o uso de um instrumento “*gold standard*” de referência.

Apontamos também como limitação deste estudo, o facto de não termos incluído clientes com diagnóstico de IC para integrarem o grupo de peritos no processo de adaptação cultural e linguística do instrumento, devido aos transtornos de deslocação dos clientes para as reuniões presenciais.

Acreditamos que o limite temporal imposto por trabalhos desta natureza configura-se como outra limitação do estudo, talvez o acompanhamento destes clientes durante um período maior de tempo, com uma abordagem longitudinal, na colheita de dados poderia trazer-nos novos resultados para este estudo, como por exemplo, o acompanhamento sistemático poderia fornecer-nos informações do comportamento dos clientes com IC ao longo do tempo.

Embora a nossa amostra tenha excedido o padrão recomendado do limite máximo de 10 participantes para cada item do instrumento de acordo como o referencial teórico por nós utilizados, se alargássemos a amostra a um número maior, e se tivéssemos realizado a colheita dos dados em mais de um contexto de saúde, teríamos dados que permitiriam a comparação entre amostras e entre contextos de saúde, trazendo-nos resultados enriquecedores para este estudo.

Por fim, para fortalecer, complementar ou reforçar os resultados apresentados neste estudo são necessários novos estudos, envolvendo a Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca, pelo que sugerimos que este instrumento seja aplicado em futuros estudos, não somente nas consultas, mas também no internamento, no acompanhamento domiciliar e no acampamento ao longo do tempo deste clientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACC/AHA - AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY/AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 **Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults**. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. DOI 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192065. (2009), p. 392-479.

ÅGÅRD, Anders; HERMERÉN, Goran; HERLITZ, Johan - When is a patient with Heart Failure adequately informed? A study of patients' knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart e Lung: The journal of acute and critical care*. ISSN 0147-9563. Vol. 33, nº 4 (2004), p. 219-226.

ALEXANDRE, Neusa Maria C; COLUCI, Marina Zambon O - Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. ISSN 1413-8123. Vol. 16, nº7 (2011), p. 3061-3068.

ALEXANDRE, Neusa Maria C, GUIRARDELLO, Edinês Brito - Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. **Revista Panamericana de Salud Publica**. ISSN 1413-8123. Vol. 11, nº2 (2002), p.109-111.

ALITI, Graziella Badin [et al.] - Cenários de educação para o manejo de pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. ISSN 0104-1169. Vol. 15, nº 2 (2007), s/p.

AMARAL, Ernesto F L – **Correlação e Análise Fatorial. Avaliação das Políticas Públicas**. 2011. [Em linha] [Consult. 23 agosto.2013]. Disponível na [www:<URL:http://www.ernestoamaral.com/does/dcp046-111/aula28.pdf>](http://www.ernestoamaral.com/does/dcp046-111/aula28.pdf).

AMERICAN HEART ASSOCIATION - **What is Heart Failure?** 2012 [Em linha]. [Consult. 20 junho. 2012]. Disponível na [www:<URL:http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/About-Heart-Failure\\_UCM\\_002044\\_Article.jsp>](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/About-Heart-Failure_UCM_002044_Article.jsp).

ARAÚJO, Denizar Vianna [et al.] - Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. ISSN 0066-782X. Vol. 84, nº 5, (2005), p.422-427.

ARREDONDO-HOLGUÍN, Edith; GÁZQUEZ, María de los Ángeles; URREGO, Lina Marcela Higueta - Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with Heart Failure. **Investigación y Educación en Enfermería**. ISSN 0120-5307. Vol.30, nº 2 (2012), p.188-197.

ARTINIAN, Nancy T [et al.] - Self-care behaviors among patients with Heart Failure. **Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care**. DOI.org/10.1067/mhl.2002.123672. Vol. 31, nº 3 (2002), p.161–172

ÁVILA, Christiane Wahast - **Adaptação e validação transcultural da *Self-Care of Heart Failure Index* versão 6.2 para uso no Brasil**. Brasil: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012. Dissertação de Mestrado.

BACKMAN, Kaisa; HENTINEN, Maija – Model for the self-care of home-dwelling elderly. **Journal of Advanced Nursing**. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01125. Vol.30, n.º3 (1999), p. 564-572.

BAYDEMIR, Canan; OZDAMAR Kazin; UNALIR Ahmet - Validity of the Turkish version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. **Anadolu Kardiyoloji Dergisi**. ISSN 1308-0032. Vol.13 (2013), s/p.

BARLOW, Julie [et al.] - Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling**. Vol. 48, nº 2 (2002), p.177-87.

BEATON, Dorcas [et al.] - Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**. DOI 10.1097/00007632-200012150-00014. Vol. 25, nº 24 (2000), p 3186–319.

BEATON, Dorcas [et al.] - Recommendation for the Cross-cultural Adaption of Health Status Measures. **American Academy of Orthopedic Surgeons**. 2002. [Em linha] [Consult. 24 Maio 2012]. Disponível na www: <URL:<http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002.pdf>>.

BENNETT, Jill A [et al.] - Reliability and validity of the compliance belief scales among patients with Heart Failure. **Heart & Lung – The Journal of Acute and Critical Care**. Vol. 30 (2001), p. 177-185.

BENNETT, Jill A [et al.] - Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. **Heart & Lung – The Journal of Acute and Critical Care**. ISSN: 0147-9563, Vol. 31, nº4 (2002), p. 262-70.

BRITZ, Jody A; DUNN, Karen S - Self-care and quality of life among patients with Heart Failure. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. DOI:10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x. vol. 22, nº9 (2010), p. 480–487.

BOCCHI, Edimar Alcides [et al.] - Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. ISSN 0066-782X. Vol. 93, nº1- supl.1 (2009), p.1-71.

BOSCHCO, Marta Daniela; MANTOVANI, Maria de Fátima. As Percepções dos Portadores de Insuficiência Cardíaca frente ao seu Processo de Adoecimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**. ISSN 1677-3861. Vol. 6, nº4 (2007), p. 463-470.

CAMERON, Jan [et al.] - Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with Heart Failure? **European Journal of Heart Failure**. DOI:10.1093/eurjhf/hfq042. Vol.12 (2010), p.508–515.

CAMERON, Jan [et al.] – Measuring self-care in Chronic Heart Failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments. **Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI:10.1097/ICN.0b013e318b5660f.Vol.24, nº6 (2009), p.10-22.

CEIA, Fátima. [et al.] - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. ISSN 0870-2551. Vol. 23, sup 3 (2004), p. 15-22.

CEIA, Fátima; FONSECA, Cândida - Insuficiência Cardíaca: internamento e ambulatório, unidades especializadas integradas em rede. **Revista Fatores de Risco**. Nº5 (2007), p. 39-45.

CONRAD, Peter - The meaning of medications: Another look at compliance. **Social Science & Medicine**. Vol. 20, nº1 (1985), p. 29-37.

CONSELHO NACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão beta 2. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003. ISBN 972-98149-5-3.

DECRETO-LEI nº. 161/96. D.R. I Série. Nº. 205 (1996-09-04).

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Circular Normativa Nº: 2/DGCG **Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial**. Ministério da Saúde. Portugal. 2004.

DITEWIG, J B [et al.] - Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic Heart Failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic Heart Failure: A systematic review. **Patient Education and Counseling**. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.016. vol. 78, nº3 (2010), p. 297–315.

DOMINGUES, Gabriela de Barros Leite - **Adaptação cultural e validação do Veterans Specific Activity Questionnaire para população brasileira com sintomatologia cardiovascular**. São Paulo: Unicamp- Campinas, 2010. Dissertação de Mestrado.

EVANGELISTA, Lorraine S; SHINNICK, Marry Ann - What Do We Know About Adherence and Self-care? **Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI:10.1097/01.JCN.0000317428.98844. 4d. Vol. 23, nº 3 (2008), p.250–257.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY - **Acute and Chronic Heart Failure. 2012**. [Em linha] [Consul. 12 julho 2013]. Disponível na [www:<URL:http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/Guidelineslist.aspx>](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/Guidelineslist.aspx).

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY - ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic Heart Failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. **European Heart Journal**. DOI:10.1093/eurheartj/ehs104. Vol.33 (2012), p.1787–1847.



FEIJÓ, Maria Karolina [et al.] - Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. **Revista Latino Americana de enfermagem**. DOI: 23174845. Vol 20, nº5 (2012) p. 988-996.

FIALHO, Ana Virgínia de Melo; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; SOARES, Enedina. Adequação da teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 10, nº5 (2002), p.715-720.

FIGUEIREDO, Dalson Brito; SILVA, José Alexandre - Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**. ISSN 0104-6276. Vol. 16, nº 1, (2010), p. 160-185.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FONSECA, Cândida – **Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal**. Primeiras jornadas Lusófonas de cardiologia. Cabo Verde. 2009 [Em linha]. [Consul. 15 Jul.2013] Disponível na [www:<URL http://www.spc.prt/dl/home-listdestaques/jornadas\\_CaboVerde.pdf >](http://www.spc.prt/dl/home-listdestaques/jornadas_CaboVerde.pdf).

FRIEL, Charles M - **Notes on Factor Analysis**. Criminal Justice Centre, Sam Houston State University. 2009. [Em linha]. [Consul. 15 Jul.2013] Disponível na [www:<URL http://www.bama.ua.edu/~jcsenkbeil/gy523/Factor%20>](http://www.bama.ua.edu/~jcsenkbeil/gy523/Factor%20).

GARSON, David - **Statnotes: Topics in Multivariate Analysis**. 2009. [Em linha]. [Consul. 15 jul.2013]. Disponível na [www:<URL: http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>](http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm)

GERALD, P S; PETERSON, L M. Learning needs of cardiac patients. **Journal of Cardiovascular Nursing**. Vol. 20, nº 2, (1984), p.7-11.

GEORGE, Darren; MALLERY, Paul - **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference**. 11.0 update .4<sup>th</sup> Ed. Boston: Allyn & Bacon, 2002. ISBN-10: 0205375529.

GIL, António Carlos. – **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. ISBN: 9788522431694.

GHISI, Gabriela Lima de Melo. [et al.] - Validação para o português do Maugerl Cardiac prevention Questionnaire (MICRO-Q). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. ISSN 0066-782X. Vol. 94, nº3 (2010), p. 394-400.

GLIEM, Joseph A; GLIEM, Rosemary R - **Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales**. Midwest Research to

Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. 2003 [Em linha]. [Consul.12 jul. 2013]. Disponível na [www: <URL:http://scholarworks.iupui.edu/bistream/Handle/1805/344/Cliem%20&20Gliem.pdf>](http://scholarworks.iupui.edu/bistream/Handle/1805/344/Cliem%20&20Gliem.pdf).

GONZÁLEZ, Beatriz [et al.] - Aplicación de la escala europea de autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) en una unidad de Insuficiencia Cardíaca en España. DOI: 10.1157/13084645. **Revista Española de Cardiología**. Vol. 59, nº 02 (2006), p. 166-170.

GUYATT, Gordon H [et al.] - Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in Heart Failure. **Journal of General Internal Medicine**. Vol. 4, nº2 (1989), p.101-107

HAIR, Joseph [et al.] - **Análise Multivariada de Dados**. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. ISBN 978-85-363-0482-3

HAIR, Joseph [et al.] - **Multivariate Data Analysis**. 6ª Ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2006.

HAYNES, Brian R [et al.] - Intervention for Enhancing Medication Adherence. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 2. (2008) [Em linha] [Consul. 21 maio 2012]. Disponível na [www: <URL: http://sefap.it/servizi\\_letteraturacardio\\_200807/CD000011.pdf>](http://sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf)

HEART FAILURE PRACTICE GUIDELINE. **Journal of Cardiac Failure**. DOI: 10.1016/j.cardfail.2010.04.004. Vol. 16, nº 6 (2010), p. 475-539.

HEART FAILURE SOCIETY OF AMERICA - **The 2010 Heart Failure Society of America Comprehensive Heart Failure Practice Guideline**. 2010. [Em linha]. [Consul.15 maio 2013] Disponível na [<URL:http://www.heartfailureguideline.org/>](http://www.heartfailureguideline.org/).

HERDMAN, M; FOX-RUSHBY J; BADIA X - A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**. Vol. 7 (1998), p. 323-325.

HOLLAND, R [et al.] - Systematic review of multidisciplinary interventions in Heart Failure. **Heart and Education in Heart**. DOI: 10.1136/hrt.2004.048389. Vol. nº 7 (2005), p. 899–906.

JAARSMA, Tiny [et al.] - The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale revised into a nine-item Scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. **European Journal of Heart Failure**. DOI: 10.1093/eurjhf/hfn007. Vol.11, nº 1 (2009), p. 99-105.

JAARSMA, Tiny [et al.] - Development and Testing of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. **The European journal of Heart Failure** 5. (2003), p. 363–370.

JEON, Yun-Hee [et al.] - The experience of living with chronic Heart Failure: a narrative review of qualitative studies. **BMC Health Services Research**. DOI:10.1186/1472-6963-10-77 (2010), p. 1-9.

JESSUP, Marriel - **Heart Failure**. ACP Medicine. Vol. 1, nº 14 (2010). [Em linha]. [Consult. 12 abril.2012] Disponível na www: URL<<http://www.medicinanet.com.br>>.

JOVICIC, Aleksandra; HOLROYD-LEDUC, Jayna M; STRAUS, Sharon E - Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with Heart Failure: a systematic review of randomized controlled trials. **BMC Cardiovascular Disorders**. DOI: 10.1186/1471-2261-6-43. Vol. 6, nº 43 (2006), p. 1-8.

KATO, Naoko [et al.] - Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.12.005. Vol. 7, nº4 (2008), p. 284-289.

KEMP, Clinton D; CONTE, John V - The pathophysiology of Heart Failure. **Cardiovascular Pathology**. DOI: 10.1016/j.carpath.2011.11.007. Vol. 21, nº5 (2012), p.365–371.

KOBERICH, Stefan [et al.] - Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1177/1474515112438639. Vol. 12, nº2 (2012), p.150–158.

LEE, Chirstopher S [et al.] - Validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale among adults from the United States with symptomatic Heart Failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1177/1474515112469316. Vol. 12, nº2 (2012), p.214–218.

LORIG, Kate; HOLMAN, Halsted - Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**. ISSN 0883-6612. Vol. 26, nº1 (2003), p.1–7.

LUPÓN, Josep [et al.] - Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.05.004. Vol. 7, nº1 (2008), p. 16–20.

LYNN, M R - Determination and Quantification of Content Validity. **Nursing Research**. Vol. 35, nº 6 (1986), p. 382-385.

MACINNES, Julie - Factors affecting self-care in Heart Failure: A literature review. **British Journal of Cardiac Nursing**. ISSN 1749-6403. Vol. 3, nº 7 (2008), p. 293-299.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direção Geral de Saúde. **PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE** (PNS-2012-2016). 2012. Portugal. [Em linha]. [Consult.12 agosto.2013] Disponível na www:URL<<http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>>.

MOREIRA, João Manuel - **Questionários: teoria e prática**. Coimbra: Almeidina. 2004.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 5ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. ISBN 978-972-618-452-2.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria - **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas Editora, 1999. ISBN 8522422672.

MARTÍNEZ-SELLÉS M [et al.] - Gender and survival in patients with Heart Failure: interactions with diabetes and etiology. Results from the MAGGIC individual patient meta-analysis. **European Journal of Heart Failure**. DOI: 10.1093/eurjhf/hfs026. Vol 14, nº 6 (2012), p.565-566.

MARTINS, Rebeca Accioilli I - **A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno**. Porto. Universidade Católica Portuguesa. 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada.

MOSER, Debra K; WATKINS, John F - Conceptualizing Self-care in Heart Failure A Life Course Model of Patient Characteristics. **Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1097/01.JCN.0000305097.09710.a5. Vol. 23, nº. 3 (2008), p. 205-218.

MONTERA, Marcelo Westerlund [et al.] - II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 93, nº3 -supl.3 (2009), p. 1-65.

MOTA, Liliana A N – **O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após o transplante hepático**. Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgico.

NATIONAL HEART FOUNDATION - National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (Chronic Heart Failure Guidelines Expert Writing Panel). Guidelines for the prevention, detection and management of chronic Heart Failure in Australia. **Heart Foundation**. ISBN 978-1-921748-71-4. Vol. 2 (2011). s/p.

NEW YORK HEART ASSOCIATION - **NYHA Classification - The Stages of Heart Failure**. 2012. [Em linha] [Consul. 12 maio 2013]. Disponível na [www: <URL:http://www.abouthf.org/questions\\_stages.htm>](http://www.abouthf.org/questions_stages.htm).

NEWMAN, Stanton; STEED, Liz; MULLIGAN, Kathleen - Self-management interventions for chronic illness. **Lancet**. Vol. 364, nº9444 (2004), p.1523-37.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **As doenças cardiovasculares**. 2013 [Em linha] [Consul. 06 maio 2013] Disponível na [www: <URL:http://www.who.int/mediacenter/Factsheets/fs317/en/>](http://www.who.int/mediacenter/Factsheets/fs317/en/).

OMS - Organização Mundial de Saúde - **Autocuidado no Contexto da Atenção Primária à Saúde**. Tailândia. 2009.

OREM, Dorothea - **Nursing: concepts of practice**. 4<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby, 1991. ISBN 0801660645.

OREM, Dorothea - **Modelo de Orem- Conceptos de enfermería en la práctica**. 4<sup>a</sup> Ed. España: Ediciones Científicas y Técnicas SA.1993.

OREM, Dorothea - **Nursing: Concepts of Practice**. 5<sup>a</sup> Ed. St. Louis: Mosby, 1995.

OREM, Dorothea - **Nursing: Concepts of Practice**. 6<sup>th</sup> Ed. St.Louis: Mosby, 2001. ISBN-10: 032300864X.

OLIVEIRA, Sherida Karanini Paz - **Construção e validação da escala de avaliação do autocuidado de pacientes com Insuficiência Cardíaca**. Brasil. Universidade Federal do Ceará. 2011. Dissertação de Mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PADILHA, José Miguel Santos C - Influência da percepção da doença pulmonar obstrutiva crónica na promoção do autocontrolo da doença. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. ISSN 0873-2159. Vol.16, nº 4 (2010), p. 641-648.

PALLANT, Julie - **SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows**. 3<sup>a</sup> Ed. Maidenhead: Open University Press. 2007. ISBN 0335223664.

PAIS-RIBEIRO, José Luís - **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3<sup>a</sup> ed. Porto: Legis Editora. 2010. ISBN: 9789898148469.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS**. 4<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Silabo. 2005 ISBN 972-618-391-X.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais – A complementariedade do SPSS**. 3<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Edições Silabo, 2003. ISBN 972-618-297-2.

POLIT, Denise F, BECK, Cherly Tatano; HUNGLER, Bernadette P - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

PULIGNANO, Giovanni [et al.] - Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. **Journal of Cardiovascular Medicine**. DOI: 10.2459/JCM.0b013e328335fbf5. Vol. 11, nº 7 (2010), p. 493-498.

RABELO, Eneida Rabelo [et al.] - O que ensinar aos clientes com Insuficiência Cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de Insuficiência Cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. ISSN 0104-1169 Vol. 15, nº 1 (2007), s/p.

RECTOR, T S.; FRANCIS, G S.; COHN, J N. Patient's self-assessment of their congestive Heart Failure. Part 1: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. **Heart Failure**. Vol. 3 (1987), p. 192-196.

REICHENHEIM, Michael E; MORAIS, Cláudia Leite; HASSELMAN, Maria Helena - Semantic equivalence of the Portuguese version of the Abuse Assesment Screening tool for the screening of violence against pregnant women. **Revista de Saúde Pública**. ISSN 0034-8910. Vol. 34, nº 6 (2000), p. 610-616.

REILLY, Carolyn M [et al.] - Development, Psychometric Testing, and Revision of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test. **Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3181aff0b0. Vol. 24, nº6 (2009), p. 500–509.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Investigação e Avaliação em Psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores. 1999. ISBN: 972-8449-44-5.

RICH, Michael W [et al.] - A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive Heart Failure. **The New England Journal of Medicine**. DOI: 10.1056/NEJM199511023331806n. Vol. 333, nº 18 (1995), p. 1190-1195.

RIEGEL, Bárbara [et al.] - Which patients with Heart Failure respond best to multidisciplinary disease management? **Journal of Cardiac Failure**. Vol. 6, nº4 (2000), p. 290-299.

RIEGEL, Bárbara [et al.] - Development and testing of a clinical tool measuring self-management of Heart Failure. **Heart & Lung – The Journal of Acute and Critical Care**. Vol 29, nº4 (2000), p. 4 –12.

RIEGEL, Bárbara [et al.] - Psychometric testing of the Self-care of Heart Failure Index. **Journal of Cardiac Failure**. DOI.org/10.1016/j.cardfail.2003.12.001. Vol.10, nº4 (2004), p. 350–360.

RIEGEL, Bárbara; LEE, Chirstopher S; DICKSON, Victória V - Self-care in Patients with Chronic Heart Failure. **Nature Reviews Cardiology**. DOI: 10.1038/nrcardio.2011.95. Vol 8, nº11 (2011), p. 644-654.

RONCALLI, Jérôme [et al.] - Improvement of Young and Elderly Patient's Knowledge of Heart Failure After an Educational Session. **Clinical Medicine Cardiology**. Vol 20, nº3 (2009), p. 45–52.

SAYERS, Steven J [et al.] - Social Support and Self Care of patients with Heart Failure. **Annals of Behavioral Medicine**. DOI: 10.1007/s12160-007-9003-x. Vol. 35, nº1 (2008), p. 71-79.

SCATTOLLIN, Fátima Ayres A; DIOGO, Maria José D; COLOMBO, Roberta Cunha R - Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com Insuficiência Cardíaca. **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 0102-311X. Vol.23, nº11 (2007), p. 2705-2715.

SETO, Emily [et al.] - Self-care and quality of life of Heart Failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. **Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1097/JCN.0b013e31820612b8. Vol. 25, nº 6 (2011), p. 377–385.

SHULDHAM, Caroline [et al.] - Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. **Journal of Advanced Nursing**. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04371.x. Vol. 60, nº 1 (2007), p. 87-95.

SILVA, Irene Jesus [et al.] - Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. ISSN 0080-6234. Vol. 43, nº 3 (2009), p. 697-703.

SOARES, Djanira Alzira [et al.] - Qualidade de vida de portadores de Insuficiência Cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**. ISSN 1982-0194. Vol. 21, nº 2 (2008), p. 243-248.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA - **A doença cardiovascular na europa ano de 2012**. [Em linha] [Consul. 07 maio.2013] Disponível na [www:<URL: http://www.spc.pt/spc/>](http://www.spc.pt/spc/).

SOCIEDADE PORTUGUESA DE **CARDIOLOGIA** - **Recomendações para o diagnóstico e Tratamento da IC aguda e crónica**. 2008. s/p.

STROMBERG, Anna - Educating nurses and patients to manage Heart Failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1016/S1474-5151(01)00011-1. Vol. 1, nº1 (2002), p. 33-40.

STROMBERG, Anna; MARTENSSON, Jan - Gender differences in patients with Heart Failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. DOI: 10.1016/S1474-5151(03)00002-1. Vol.2 , nº1 (2003), p. 7–18.

TABACHNICK, Barbara G; FIDELL, Linda S - **Using multivariate statistics**. 5<sup>th</sup> Ed. Boston: Pearson/Allyn & Bacon, 2007. ISBN 0205459382.

VAN DER WAL, Martje H L [et al.] - Compliance with non pharmacological recommendations and outcome in Heart Failure patients. **European Heart Journal**. DOI:10.1093/eurheartj/ehq091. Vol. 31, nº 12 (2010), p. 1486–1493.

VAN DER WAL, Martje H; JAARSMA, Tiny; VAN VELDHUISEN, Dirk J - Noncompliance in patients with Heart Failure: how can we manage it? **European Journal of Heart Failure**. DOI:10.1016/j.ejheart.2004.04.007. Vol. 7, nº1 (2005), p. 5-17.

VAN DER WAL, Martje H L [et al.] – Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. Vol. 4, nº 4 (2005), p. 273–277.

VILAS-BOAS, Fábio; FOLLATH, Ferenc - Tratamento Atual da Insuficiência Cardíaca Descompensada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. ISSN 0066-782X. Vol. 87, nº 3 (2006), p. 369-377.

WHILE, Alison; KIEK, Fiona - Chronic Heart Failure: promoting quality of life. **British Journal of Community Nursing**. Vol.14, nº2 (2009), p. 54-59.

WILD, Diane [et al.] - Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in Health**. Vol. 8, nº2 (2005), p. 94-104.

YU, Doris S F [et al.] - Psychometric properties of the version of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale. **International Journal of Nursing Studies**. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.011. Vol 48, nº4 (2011), p. 458-467.



# **ANEXOS**

**ANEXO 01:** Autorização da autora da *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*

Página Mensagem de Impressão do Hotmail 1 de 2

**RE: European Heart Failure Self Care Behaviour scale**

De: **Tiny Jaarsma** (tiny.jaarsma@liu.se)  
Enviada: quinta-feira, 22 de março de 2012 14:26:58  
Para: **Fernanda Avila** (fe\_feavila@hotmail.com)  
2 anexos  
ENG-UK-EHFSCBSnew\_9.doc (50,5 KB) , ENG-UK-EHFSCBSnew.DOC (38,5 KB)

Dear Fernanda

Thank you for your interest in the scale. We indeed have a Brazilian version of the scale. If you need the Brazilian version, please contact eneidarabelo@gmail.com; or esilva@hcpa.ufrgs.br

However, that scale changed the scoring format, so it might be difficult to use it to compare with other data. You are very welcome to translate and adapt the scale to the Portuguese situation.

We only ask proper referencing to:

Jaarsma T, Stromberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail.* 2003; 5:363-70

We recently published a paper on the 9 item version of the scale, which I also attach, please reference this paper as:

Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail.* 2009;11:99-105

If you want to make new Portuguese version of the list the procedure is as follows

1. You find someone to translate the English scale into Portuguese (native speaker)
2. You find another person to translate the scale back from that Portuguese version to English
3. You send me that English version and the Portuguese version and I will check the English version. If we agree at a final version we can declare it an official version.

<http://sn114w.snt114.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx...> 12-04-2012

**Anexo 02:** Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João - EPE para realização da colheita dos dados

CES 07-13

Ao C.A.

*[Assinatura]*

Exmo. Senhor

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - RESOLUÇÃO Nº 16 ABR 2013

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João - EPE

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:**

Fernanda Ávila da Costa Pereira

**Título do projecto de investigação:**

O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: tradução, adaptação e validação da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale para o contexto português.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Consulta Externa de Medicina Interna / Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de S. João - EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 28 / de dezembro / 2012

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João - EPE  
Modelo CES 01

### ANEXO 03: Instrumento Original 12 itens

#### The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale

This scale contains statements about heart failure self-care. Respond to each statement by circling the number you think best applies to you. Note that the different answer alternatives constitute a scale ranging between the extremes of “I completely agree” (1) to “I don’t agree at all” (5). Even if you feel uncertain about a particular statement, circle the number you feel is most true for you.

	I completel y agree				I don't agree at all
1. - I weigh myself every day	1	2	3	4	5
2.- If I get short of breath I take it easy	1	2	3	4	5
3. -If my shortness of breath increases I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
4.- If my feet/legs become more swollen than usual I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
5.- If I gain 2 kilo in one week I contact my doctor or nurse.	1	2	3	4	5
6. - I limit the amount of fluids I drink (not more than 1½-2 l/day)	1	2	3	4	5
7. - I take a rest during the day	1	2	3	4	5
8. - If I experience increased fatigue I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
9. - I eat a low salt diet	1	2	3	4	5
10. - I take my medication as prescribed	1	2	3	4	5
11. - I get a flu jab every year	1	2	3	4	5
12. - I exercise regularly	1	2	3	4	5

*The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale  
(Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup, 1999)*

## ANEXO 04: Tradução 01

### Escala Europeia de comportamento do autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Esta escala contém afirmações sobre **o comportamento de autocuidado na Insuficiência Cardíaca**. Responda a cada frase, colocando um círculo à volta do número que se aplica melhor ao seu caso. Note que a escala tem alternativas que variam entre “Concordo completamente” (1) e “Não concordo com nada” (5). Mesmo que não tenha a certeza numa frase em particular, circunde o número que sente que é mais verdadeiro para si.

	Concordo completa- mente				Não concordo com nada
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Quando fico com falta de ar, mantenho a calma	1	2	3	4	5
3. Quando a minha falta de respiração aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Quando os pés/as pernas ficam mais inchados do que é normal, contacto o meu médico ou enfermeiro.	1	2	3	4	5
5. Quando engordo 2 kilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro.	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Tiro uma soneca durante o dia	1	2	3	4	5
8. Quando sinto aumento de fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Como uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a minha medicação tal como me foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício físico regularmente	1	2	3	4	5

*The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale  
(Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup, 1999)*

## ANEXO 05: Tradução 02

### Escala Europeia de Comportamentos de Autocuidado em Insuficiência Cardíaca

Esta escala contém afirmações sobre o autocuidado em Insuficiência cardíaca. Responda a cada afirmação, rodeando com um círculo o número que acha que melhor se aplica a si. Tenha em conta que as alternativas de resposta diferente constam de uma escala que varia entre os extremos de "Concordo totalmente" (1) a "Não concordo de todo" (5). Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, circule o número que acha ser o mais verdadeiro para si.

	Concordo totalmente				Não concordo de todo
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, faço por acalmar-me	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficam mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais que 1½-2 L/dia / litro e meio a dois litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço uma pausa para descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Alimento-me de uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a minha medicação tal como prescrito	1	2	3	4	5
11. Tomo uma/a vacina contra a gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

*The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale  
(Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup, 1999)*

## **ANEXO 06: Tradução 03**

### **Escala Européia de comportamento em autocuidado para pacientes com Insuficiência Cardíaca**

Esta escala contém frases sobre o autocuidado em Insuficiência cardíaca. Responda cada frase circulando o número que acredite que melhor se aplica a si. Note que as diferentes alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Eu concordo Totalmente” (1) a “Eu discordo totalmente” (5). Mesmo que não tenhas certeza em uma determinada frase, circule o número que sintas ser o mais verdadeiro para si.

1. Eu me peso todos os dias.
2. Se eu sinto falta de ar eu descanso.
3. Se a minha falta de ar aumenta, eu entro em contato com meu/minha médico (a) ou enfermeiro (a).
4. Se meus pés/pernas ficam mais inchados que o normal, eu entro em contato com meu/minha médico (a) ou enfermeiro (a).
5. Se eu ganho 2Kg em uma semana, eu entro em contato com meu/minha médico (a) ou enfermeiro (a).
6. Eu limito a quantidade de líquidos que eu tomo (nao mais do que 1½ 2l por dia).
7. Eu descanso durante o dia.
8. Se eu sinto que minha fadiga aumenta, eu entro em contato com meu/minha médico (a) ou enfermeiro (a).
9. Eu consumo uma refeições com pouco sal.
10. Eu tomo minha medicação conforme a prescrição médica.
11. Eu tomo a vacina contra a gripe todos os anos.
12. Eu faço exercícios regularmente.

*The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale  
(Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup, 1999)*

## ANEXO 07: Retrotradução 01

### The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale

This scale contains statements about heart failure self-care. Please respond to each statement circling the number that best describes you. Also, please note that the different answer alternatives constitute a scale varying from “Completely Agree” to “Completely Disagree”. Even if you are unsure about how to respond to a specific statement, select the number that you think is the most appropriate to describe your situation.

	Completely Agree				Completely Disagree
1. I weigh myself everyday	1	2	3	4	5
2.If I become short of breath, I try to relax	1	2	3	4	5
3. If this shortness of breath increases, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
4. If my feet or legs become more swollen than usual, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
5.If I gain 2 kilograms in a week, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
6. I always limit the amount of liquid I drink (never more than 1.5 to 2 litres per day)	1	2	3	4	5
7. I always have a rest during the day	1	2	3	4	5
8. If I experience increased fatigue, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
9. I maintain a diet that is low in salt	1	2	3	4	5
10. I always take my medication as prescribed	1	2	3	4	5
11.I receive the flu vaccine every year	1	2	3	4	5
12. I regularly do physical exercise	1	2	3	4	5



## ANEXO 08: Retrotradução 02

### European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale

This scale contains statements on Heart Failure Self-Care Behaviour. Respond to each statement indicating the number you think best applies to you. Note that the answer choices constitute a scale ranging between the extremes of "Strongly Agree" to "Strongly Disagree." Even if you have doubts about a given statement, indicate the number that you think best suits you.

	Strongly Agree				Strongly Disagree
1. I weigh myself everyday	1	2	3	4	5
2. When I get short of breath, I try to calm myself down	1	2	3	4	5
3. If my shortness of breath continues, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
4. If my feet or legs become more swollen than usual, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
5. If I gain 2 kilos in one week, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
6. I limit the amount of liquids I drink (no more than 1.5 to 2 litres a day)	1	2	3	4	5
7. I take a moment to rest during the day	1	2	3	4	5
8. If I experience an increase in fatigue, I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
9. I eat a low salt diet	1	2	3	4	5
10. I take my medication as prescribed	1	2	3	4	5
11. I get a flu vaccine every year	1	2	3	4	5
12. I exercise regularly	1	2	3	4	5

## ANEXO 09: Versão Síntese das traduções (VERSÃO 1.0)

### Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalment e				Discordo Totalment e
1.Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2.Se fico com falta de ar, faço por me acalmar	1	2	3	4	5
3.Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4.Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5.Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7.Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8.Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9.Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10.Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11.Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12.Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

## ANEXO 10: Versão Síntese das Retrotraduções (Versão 2.0)

### European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale

This scale contains statements on Heart Failure Self-Care Behaviour. Respond to each statement indicating the number you think best applies to you. Note that the answer choices constitute a scale ranging between the extremes of "Strongly Agree" to "Strongly Disagree." Even if you are unsure about how to respond to a specific statement, select the number that you think is the most appropriate to describe your situation.

	Strongly Agree				Strongly Disagree
1.I weigh myself everyday	1	2	3	4	5
2.When I get short of breath, I try to stay calm	1	2	3	4	5
3.If my shortness of breath increases I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
4.If my feet or legs become more swollen than usual I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
5.If I gain 2 kilos in one week I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
6.I limit the amount of liquids I drink (no more than 1.5 to 2 litres a day)	1	2	3	4	5
7.I take a rest during the day	1	2	3	4	5
8.If I experience increased fatigue I contact my doctor or nurse	1	2	3	4	5
9.I eat a low salt diet	1	2	3	4	5
10.I take my medication as prescribed	1	2	3	4	5
11.I get a flu vaccine every year	1	2	3	4	5
12.I exercise regularly	1	2	3	4	5

## **ANEXO 11: Carta aos Peritos - Tradução**

### **CARTA AOS PERITOS**

Exmo. (a). Sr.º(a)

No âmbito do segundo ano do XIX Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, eu Fernanda Ávila da Costa Pereira, sob a orientação do Profº Paulino Sousa e do Profº Miguel Padilha, pretendo desenvolver um estudo de investigação de natureza exploratório, descritivo e transversal, com uma abordagem quantitativa, subordinado à temática do autocuidado em clientes com insuficiência cardíaca.

O estudo que pretendo desenvolver tem por finalidade traduzir e validar para português a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*.

Face a esta finalidade definimos as seguintes questões de partida que orientarão o nosso estudo:

Qual o potencial do instrumento de avaliação alvo desta investigação para avaliar o comportamento de autocuidado dos clientes com insuficiência cardíaca?

Qual o comportamento de autocuidado dos clientes com insuficiência cardíaca?

Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o comportamento de autocuidado dos pacientes com Insuficiência Cardíaca?

No primeiro momento deste estudo pretendemos traduzir, adaptar e validar a *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* que posteriormente, pretendemos utilizar, na recolha de dados.

Solicitamos a Vossa colaboração para a inclusão num grupo de peritos que tem como finalidade, verificar a validade de conteúdo da versão portuguesa do instrumento de medida.

Pretendemos que este grupo de peritos avalie e classifique as equivalências semântica-idiomática, conceituais e culturais, bem como verifique a clareza, facilidade de leitura e compreensão de cada item do instrumento traduzido.

O painel de peritos que V/Exma. integra será constituído por cinco enfermeiros:

- Com domínio da língua inglesa e portuguesa;
- Envolvidos em projetos de investigação no domínio do autocuidado.

Para a dinamização deste grupo de peritos é nossa intenção em primeiro lugar viabilizar a análise individual de cada perito pela disponibilização em suporte eletrónico do material que anexamos. Após a análise individual é nossa intenção reunir presencialmente com todos os peritos para a discussão dos elementos expostos

Assim numa primeira fase, solicitamos-lhe que preencha a grelha de avaliação que anexamos.

Antecipadamente, agradecemos a sua inestimável colaboração, pois entendemos que a sua opinião é sem dúvida uma mais-valia para a realização deste trabalho.

Estamos ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou fornecimentos de informações adicionais sobre o desenvolvimento deste estudo, através do email: fe\_feavila@hotmail.com, telemóvel 914096488 ou ainda, com contato direto com os orientadores deste estudo.

Muito obrigada pela sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Fernanda Pereira

### **INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA GRELHA PARA AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO TRADUZIDO**

Exmo. (a) Sr. (a)

A *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale* foi desenvolvida por Tiny Jaarsma e Colaboradores na Holanda em 2003. Trata-se de um questionário autoadministrado composto por 12 itens, os quais estão divididos em três

subescalas; a primeira refere-se ao autocuidado de gestão, (composto por seis itens que mede comportamentos relacionados com a restrição de líquidos e sódio, adesão ao regime terapêutico, exercícios físicos regulares e prevenção da gripe. A subescala “procura por assistência de saúde” abrange quatro itens relacionados a comportamentos de busca por assistência de saúde especializada quando ocorre exacerbação dos sinais e sintomas da doença. A subescala “atividade de adaptação” envolve dois itens que mede comportamentos adaptativos às limitações impostas pela Insuficiência Cardíaca). Cada item é pontuado numa escala de *Likert* de 5 pontos (1-5). Quanto maior o score pior é o comportamento de autocuidado.

O processo de tradução e adaptação deste instrumento para a língua Portuguesa seguirá as linhas orientadoras de Beaton et al., (2002), Wild et al., (2005) e Pais-Ribeiro (2010).

O instrumento foi traduzido da língua Inglesa para Português por três tradutores que trabalharam de forma independente; um tradutor de origem americana que atualmente reside em Portugal porém não é profissional de saúde, uma enfermeira cuja primeira língua é o Português, porém reside atualmente num país de língua Inglesa com pleno domínio no idioma do instrumento e um docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto com amplo domínio da língua inglesa. Apenas um dos tradutores recebeu informações quanto aos objetivos deste estudo.

Para avaliar as equivalências entre a versão original e as versões traduzidas, enviamos a V/ Exas um formulário que apresenta o item original em inglês acompanhado de três versões traduzidas para o Português (Tradução 1; Tradução 2, Tradução 3). Após analisar as três traduções e compara-las com a versão original, escolha apenas uma das traduções, a que considere mais adequada. Posteriormente anote a versão escolhida no campo “Tradução escolhida Nº-----” e a seguir faça a sua avaliação individualmente, segundo as equivalências semântico-idiomática, cultural e concetual.

- Equivalência semântico-idiomática: esta equivalência diz respeito à variação de significados existente entre as línguas. O item traduzido para a língua portuguesa deve preservar o sentido da versão original em inglês. Deve-se ter atenção quanto ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respetivos idiomas.
- Equivalência concetual: esta equivalência é alcançada quando os itens presentes no instrumento têm a mesma relação com o constructo subjacente em ambas as culturas. Portanto, as situações evocadas ou retratadas nos itens devem avaliar neste caso, o comportamento de autocuidado nos clientes com Insuficiência Cardíaca.
- Equivalência cultural: deve haver o mesmo parâmetro do domínio em avaliação e os itens devem ser igualmente relevantes e aceitável para ambas as culturas. Desta forma, as situações evocadas ou retratadas nos itens devem corresponder às situações vivenciadas em nosso contexto cultural.

(Beaton et al., 2002; Pais-Ribeiro 2010)

Para avaliar as equivalências descritas, circule o campo disponível no impresso de acordo com estas opções:

1= Não relevante / não representativo;

2= Item necessita de grande revisão para ser representativo;

3= Item necessita de pequena revisão para ser representativo;

4= Item relevante / representativo;

Equivalência Semântico –Idiomática				Equivalência Concetual				Equivalência Cultural			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Solicitamos que para todos os itens avaliados (em qualquer uma das equivalências) com um score menor que 4, proceda à justificação da sua avaliação ou sugestão de modificação.

A validade de conteúdo do instrumento será quantificada por meio do *Content Validity Index* (CVI) - Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este índice indica a proporção de peritos concordantes com os itens presentes no instrumento, o que permite a análise de cada item individualmente bem como o instrumento como um todo (Alexandre e

Coluci, 2011). Para a interpretação da representatividade dos índices de concordância será adotado o critério proposto por Lynn (1986), adotando-se como nível de concordância mínimo o valor de 0,80 (80%) consoante o que é recomendado pela literatura, para o item ser considerado válido.

Os scores dos índices serão calculados por meio da soma de concordância dos itens que recebam pontuação “3” e “4” pelo painel de peritos segundo a grelha de avaliação do instrumento. Os itens que eventualmente recebam pontuação “1” ou “2” serão revistos ou eliminados.

Utilizaremos a seguinte fórmula para avaliar cada item individualmente.

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Fonte: Alexandre e Coluci (2011)

No final da avaliação dos 12 itens que compõem o instrumento, deixamos um espaço para que responda a algumas questões que são extremamente relevantes para esta investigação.

Ao fazer a sua avaliação, tenha em consideração que este instrumento será aplicado individualmente a cada participante do estudo na consulta externa de um hospital no Grande Porto e a investigadora estará presente no momento da recolha dos dados.

Obrigada pela sua participação e colaboração neste estudo.

## ANEXO 12: Carta aos peritos - Retrotradução

### CARTA AOS PERITOS

Exmo. (ª) Sr.(ª)

No seguimento do projeto de investigação vinculado ao Mestrado académico em Ciências da Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto que estou a desenvolver sob orientação dos Professores Paulino Sousa e Miguel Padilha, gostaríamos de mais uma vez, solicitar a vossa participação na quarta etapa desta investigação, a qual consiste na apreciação e avaliação das retrotraduções da *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale*.

Para Fortin (2009) qualquer modificação feita na escala original pode afetar-lhe seriamente a sua fidelidade e validade. Neste sentido, a retrotradução tem por objetivo eliminar as falhas da tradução, afim de que se possam comparar os resultados obtidos com os que foram relatados na língua original (Fortin, 2009).

Segundo as linhas norteadoras de Beaton et al., (2002), Wild et al., (2005) e Pais-Ribeiro (2010) após discussão de todos os itens que compõem o instrumento com o grupo de peritos, foi possível construirmos a Versão Síntese em Português do instrumento, que posteriormente foi submetida a retrotradução (*backtranslation*) para o idioma original por dois tradutores profissionais, bilingues, proficientes na língua Inglesa e Portuguesa, tendo o Inglês como língua nativa (um tradutor Americano e outro Britânico), que trabalharam de forma independente, não participaram da primeira etapa deste estudo, não conheciam os conceitos e propósitos que suportam esta investigação, não tiveram acesso ao instrumento original, bem como não possuíam formação na área de saúde, como preconiza Beaton et al., (2000).

A finalidade desta quarta etapa, de acordo com os autores que sustentam esta investigação é rever os itens e interpretações que possam causar alguma dúvida quando traduzidos para a língua portuguesa e retrotraduzidos para o idioma original, a fim de garantir a qualidade da adaptação cultural do instrumento.

Com a intenção de delimitar este estudo a partir da sua finalidade, propomos neste momento, os seguintes objetivos:

- Comparar a versão original e as retrotraduções;
- Analisar as retrotraduções de forma que sejam eliminados os itens pouco perceptíveis ou que causem interpretações duvidosas;
- Sugerir novos termos ou expressões que melhor identifiquem a ideia presente no item original;
- Estabelecer a versão de consenso de todos os itens presentes nas retrotraduções;
- Definir a versão retrotraduzida que será enviada a autora do instrumento original para apreciação.

### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA GRELHA DE AVALIAÇÃO DAS RETROTRADUÇÕES

Exmo. (ª) Sr.(ª)

Para avaliar as equivalências entre a versão original e as retrotraduções enviamos a V/Exas um formulário em anexo que apresenta o item original em Inglês acompanhado da **Versão Síntese em Português** examinadas pela comissão de peritos, e duas retrotraduções feitas a partir desta Versão síntese. Após analisar as duas retrotraduções e compara-las com a Versão síntese em Português e a versão original, assinale apenas uma das retrotraduções que considere mais adequada. Posteriormente responda, **sob a perspectiva do significado geral e referencial**, se a versão escolhida apresenta equivalência semântica, cultural e concetual, caso sua resposta seja negativa, pedimos o favor de justificar o seu posicionamento.

A seguir, solicitamos que faça novamente a avaliação da versão original e da retrotradução escolhida e responda se considera que o item avaliado apresenta-se **Inalterado, Pouco alterado, Muito alterado ou Completamente alterado**. No espaço que segue logo abaixo deixe suas sugestões para modificações de algum termo ou expressão ou mesmo uma nova retrotradução.

Segundo Herdman et al., (1998) e Reichenheim et al., (2000) para o julgamento das equivalências semântica, deve-se avaliar os **significados geral e referencial** dos itens e das expressões que compõe o instrumento. O **significado referencial** representa as ideias (conceitos) a que uma única palavras ou um conjunto de palavras aludem, considerando aspetos mais relevantes que do que a tradução literal isoladamente (Heicheinheim, Morais e Hasselmann, 2000). Presume-se que, se o significado referencial é o mesmo no original e na respetiva versão retrotraduzida, existe uma correspondência literal entre eles (Heicheinheim, Morais e Hasselmann, 2000).

No **significado geral** a correspondência entre as versões transcende a literalidade de termos ou assertivas, incluindo também aspetos mais subtis presentes no contexto cultural da população alvo. Neste sentido, o que interessa é avaliar a aceitabilidade do estilo empregado ou o uso específico de uma palavra, escolhida dentre uma gama de outros termos similares (Heicheinheim, Morais e Hasselmann, 2000).

Antecipadamente, agradecemos mais uma vez a sua inestimável colaboração, pois entendemos que a sua opinião é sem dúvida uma mais-valia para a realização deste trabalho.

Estamos ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou fornecimentos de informações adicionais sobre o desenvolvimento deste estudo, através do email: [fe\\_feavila@hotmail.com](mailto:fe_feavila@hotmail.com), telemóvel 914096488 ou ainda, com contato direto com os orientadores deste estudo.

Muito obrigada pela sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Fernanda Pereira



**ANEXO 13:** Grelha de avaliação das traduções (Apenas uma parte, pois trata-se de um documento muito extenso)

Título Escala											
<b>Instrumento Original</b>											
The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale											
<b>Tradução 01</b>											
Escala Europeia de comportamento pessoal de prevenção contra ataques cardíacos											
<b>Tradução 02</b>											
Escala Europeia de Comportamentos de autocuidado em Insuficiência cardíaca											
<b>Tradução 03</b>											
Escala Europeia de comportamento em autocuidado para pacientes com Insuficiência cardíaca											
Escolha apenas uma das três traduções e a seguir faça a sua avaliação.											
Tradução escolhida No _____											
Equivalência Semântico –Idiomática				Equivalência Concetual				Equivalência Cultural			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<p>Caso alguma das equivalência apresentar escores menor que quatro, por favor, deixe escrito aqui suas sugestões de melhoria e observações pertinentes.</p>											

**ANEXO 14:** Grelha de avaliação das Retrotraduções (Apenas uma parte, pois trata-se de um documento muito extenso)

Título Escala			
<b>Instrumento Original</b>			
The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale			
<b>Versão Síntese em Português</b>			
Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca			
<b>Retrotradução 01</b>			
The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale			
<b>Retrotradução 02</b>			
European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale			
Escolha apenas uma <b>RETROTRADUÇÃO</b>			
<b>Retrotradução 01</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Retrotradução 02</b>	<input type="checkbox"/>
Em comparação com o instrumento original, versão síntese em Português, e retrotradução escolhida, considera que o item acima apresenta:			
	SIM	NÃO	
Equivalência Semântica			
Equivalência Cultural			
Equivalência Concetual			
Caso tenha assinalado NÃO em qualquer uma das equivalências, por favor, justifique sua resposta			
Na sua opinião, ao comparar a versão original e a retrotradução escolhida, considera que este item apresenta-se:			
Inalterado	Pouco alterado	Muito alterado	Completamente alterado
Caso considere pertinente, deixe abaixo sugestões para modificações de algum termo ou sugestão de uma nova retrotradução.			

**QUESTIONÁRIO PARA RECOLHA DOS DADOS**

DATA\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Por favor coloque um X na resposta que melhor se aplica a si.**

**I) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

**1.0) SEXO**

☐ MASCULINO

☐ FEMININO

**2.0) IDADE\_\_\_\_\_ANOS**

**3.0) ESTADO CIVIL:**

☐ CASADO (A)/ EM UNIÃO DE FACTO

☐ SOLTEIRO (A)

☐ VIÚVO (A)

☐ DIVORCIADO(A)

**4.0) ESCOLARIDADE**

☐ SEM ESCOLARIDADE

☐ ATÉ 4 ANOS

☐ 5-9 ANOS

☐ 7-9 ANOS

☐ 10-12 ANOS

☐ MAIS QUE 12 ANOS

**5.0) ATIVIDADE PROFISSIONAL**

☐ TRABALHADOR ATIVO

☐ REFORMADO

☐ DESEMPREGADO

☐ OUTRO\_\_\_\_\_

**6.0) LOCAL DE RESIDÊNCIA**

☐ ÁREA URBANA (VILA, CIDADE)

☐ ÁREA RURAL (ALDEIA)

**7.0) RESIDÊNCIA**

☐ CASA

☐ APARTAMENTO

☐ LAR OU OUTRA INSTITUIÇÃO  
SIMILAR

**8.0) COM QUEM VIVE:**

☐ SOZINHO (A)

☐ COM CÔNJUGE/ COMPANHEIRO(A)

☐ COM CÔNJUGE/ COMPANHEIRO  
(A) E FILHOS (AS)

☐ COM FILHOS (AS)

☐ COM OUTROS FAMILIARES

☐ COM AMIGOS (AS)

☐ COM OUTRAS PESSOAS NUMA  
INSTITUIÇÃO.

**9.0) CASO VIVA SOZINHO (A) E NECESSITE DE AJUDA PARA FAZER AS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, A QUEM RECORRE? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO.)**

- ☐ COMPANHEIRO (A)
- ☐ FILHOS (AS)
- ☐ VIZINHOS (AS)
- ☐ AMIGOS (AS)
- ☐ INSTITUIÇÃO DE APOIO
- ☐ NINGUÉM

☐ POR OPÇÃO

☐ PORQUE NÃO TEM APOIO

**II) CONHECIMENTO DA DOENÇA E INTERNAMENTOS ANTERIORES**

**10.0) HÁ QUANTO TEMPO TEM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

- ☐ NÃO SEI / NÃO LEMBRO/ DESCONHECO
- ☐ MENOS DE UM ANO
- ☐ ENTRE DOIS A QUATRO ANOS
- ☐ ENTRE CINCO A SETE ANOS
- ☐ ENTRE OITO A DEZ ANOS
- ☐ MAIS DE DEZ ANOS

**11.0) FICOU HOSPITALIZADO OU PROCUROU ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS DOZES MESES POR CAUSA DA DOENÇA DO CORAÇÃO?**

☐ NÃO SEI / NÃO LEMBRO/ DESCONHECO

☐ NÃO

☐ SIM

SE A RESPOSTA FOI SIM,  
QUANTAS VEZES? \_\_\_\_\_

**12.0) DESDE QUE TEM A DOENÇA DO CORAÇÃO, CONSIDERA QUE:**

☐ A DOENÇA NÃO O TEM IMPEDIDO DE FAZER AS SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA SOZINHO (A).

☐ A DOENÇA TEM-NO IMPEDIDO DE FAZER ALGUMAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA QUE ANTES CONSEGUIA FAZER SOZINHO (A).

☐ A DOENÇA TEM-NO IMPEDIDO DE FAZER A MAIOR PARTE DAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA QUE ANTES CONSEGUIA FAZER SOZINHO (A).

☐ AGORA NECESSITA DO APOIO TOTAL DE OUTRAS PESSOAS PARA REALIZAR AS SUAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA.

**OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO**

### III – PERFIL CLÍNICO

#### 13.0) ETIOLOGIA

☐ CONHECIDA \_\_\_\_\_

☐ DESCONHECIDA

☐ INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL NO PROCESSO CLÍNICO NO MOMENTO DA COLHEITA DOS DADOS

14.0) FEVE : \_\_\_\_\_ %

☐ INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL NO PROCESSO CLÍNICO NO MOMENTO DA COLHEITA DOS DADOS

#### 15.0) CLASSIFICAÇÃO NYHA

\_\_\_\_\_

☐ INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL NO PROCESSO CLÍNICO NO MOMENTO DA COLHEITA DOS DADOS

#### 16.0) DOENÇAS ASSOCIADAS

☐ NÃO APRESENTA DOENÇAS ASSOCIADAS

☐ INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL NO PROCESSO CLÍNICO NO MOMENTO DA COLHEITA DOS DADOS

☐ DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO OU OUTRAS DOENÇAS CARDÍACAS

☐ DOENÇAS NEUROLÓGICAS

☐ DOENÇAS VASCULARES

☐ DIABETES

☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

☐ OBESIDADE

☐ ANEMIA

☐ INSUFICIÊNCIA RENAL

☐ NEOPLASIAS

☐ DPOC OU OUTROS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

☐ OSTEOPOROSE OU OUTROS PROBLEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

☐ HIPO OU HIPERTIROIDISMO OU OUTRAS DOENÇAS ENDÓCRINAS

☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

## Anexo 16: PARTE 02 para Recolha dos dados

### Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca (Versão 3.0)

Esta escala contém afirmações sobre o Autocuidado na Insuficiência Cardíaca. Responda a cada afirmação assinalando o número que acha que melhor se aplica a si. Note que as alternativas de resposta constituem uma escala variando entre os extremos de “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. Mesmo que sinta incerteza sobre uma determinada afirmação, assinale o número que acha ser o mais adequado a si.

	Concordo Totalmente				Discordo Totalmente
1. Peso-me todos os dias	1	2	3	4	5
2. Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1	2	3	4	5
3. Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
4. Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
5. Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
6. Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1	2	3	4	5
7. Faço um momento para o descanso durante o dia	1	2	3	4	5
8. Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1	2	3	4	5
9. Faço uma dieta com pouco sal	1	2	3	4	5
10. Tomo a medicação tal como foi receitada	1	2	3	4	5
11. Tomo a vacina da gripe todos os anos	1	2	3	4	5
12. Faço exercício regularmente	1	2	3	4	5

## **Anexo 17:** Carta de Explicação do Estudo

Por favor **leia ou ouça a leitura** de todo o documento e, **sinta-se à vontade** para colocar todas as **questões** que achar convenientes, **antes de aceitar participar deste estudo**.

Eu, Fernanda Pereira, convido-o a participar voluntariamente num estudo que tem por finalidade verificar se o questionário que é utilizado permite conhecer melhor como vive com a sua situação de doença.

Este estudo é desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. E tem como orientadores os professores Paulino Sousa e Miguel Padilha da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Participação:** A sua participação neste estudo é voluntária. Se decidir não participar, ou interromper a sua participação em qualquer momento deste estudo, não terá nenhum tipo de dano, prejuízo, interrupção ou penalidade no seu tratamento ou atendimento, bem como não será pedido nenhuma justificação por parte dos investigadores.

**Riscos e Benefícios em participar do estudo:** Realçamos que a sua participação neste estudo é livre e que o estudo não provocará danos à sua saúde, e não terá despesas. Também não terá qualquer pagamento pela sua participação. A sua participação, e a realização deste estudo, permitirá conhecer melhor como lida com a sua doença e ajudá-lo a viver melhor o seu dia-a-dia.

**Procedimento:** Para participar neste estudo terá que preencher os questionários em anexo. Estes questionários são constituídos por perguntas sobre como vive o seu dia-a-dia com a doença. Não existem respostas certas ou erradas; importa apenas que as respostas sejam sinceras. Os questionários contêm questões que requerem cerca de 10 minutos no seu preenchimento.

**Confidencialidade:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo e privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa levar à identificação dos intervenientes. Após a conclusão desta investigação, todos os dados, questionários ou outros documentos que possam identificar os participantes destes estudos serão destruídos.

Em qualquer etapa do estudo, poderá contactar os responsáveis por esta pesquisa para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, pelo contato eletrónico: fe\_feavila@hotmail.com, ou pelo telemóvel 914096488.

Os participantes que desejarem poderão ter acesso aos resultados do estudo quando a mesma for concluída.

Fui informado(a) do estudo e, foram-me explicadas e esclarecidas todas as dúvidas que coloquei.

Agradecemos a sua participação neste estudo.

A investigadora

---

Fernanda Pereira

O participante

---



**Anexo 18: Consentimento Livre e Esclarecido**  
**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

***Designação do Estudo (em português):***

O Autocuidado na Insuficiência Cardíaca: tradução, adaptação e validação da Escala de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca para o contexto português.

**Eu, abaixo-assinado,** -----

-----, declaro não ter participado em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

***Assinatura do cliente ou voluntário são:***

\_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

***Nome:***

***Assinatura:***

**Anexo 19: Apha de Cronbach da Escala Europeia de Autocuidado da Insuficiência Cardíaca - 12 e 9 itens**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	110	85,3
	Excluded <sup>a</sup>	19	14,7
	Total	129	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,727	,745	12

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
1_Peso-me todos os dias	3,7818	1,46132	110
2_Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	1,6455	,99158	110
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,0364	1,18807	110
4_Se os meus pés ou as minhas mão ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,9727	1,19984	110
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,0000	1,06659	110
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1,9636	1,31280	110
7_Faço um momento para o descanso durante o dia	1,6273	1,21050	110
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,2000	1,02983	110
9_Faço uma dieta com pouco sal	1,9000	1,27754	110
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	1,1182	,50196	110
11_Tomo a vacina da gripe todos os anos	2,1545	1,68744	110
12_Faço exercício regularmente	3,1000	1,50199	110

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1_Peso-me todos os dias	21,7182	43,085	,506	,412	,686
2_Se fico com falta de ar, eu abrando o meu ritmo	23,8545	47,465	,474	,428	,698
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	23,4636	45,866	,476	,491	,694
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	23,5273	44,031	,594	,426	,678
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	23,5000	47,849	,403	,342	,704
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	23,5364	46,856	,353	,280	,710
7_Faço um momento para o descanso durante o dia	23,8727	49,910	,208	,155	,728
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	23,3000	47,460	,452	,398	,699
9_Faço uma dieta com pouco sal	23,6000	48,261	,284	,182	,719
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	24,3818	52,844	,252	,148	,723
11_Tomo a vacina da gripe todos os anos	23,3455	47,017	,219	,139	,737
12_Faço exercício regularmente	22,4000	47,013	,275	,358	,724

Case Processing Summary		
	N	%
Valid	110	85,3
Cases Excluded <sup>a</sup>	19	14,7
Total	129	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,716	,727	9

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
1_Peso-me todos os dias	3,7818	1,46132	110
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,0364	1,18807	110
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,9727	1,19984	110
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,0000	1,06659	110
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1,9636	1,31280	110
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	2,2000	1,02983	110
9_Faço uma dieta com pouco sal	1,9000	1,27754	110
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	1,1182	,50196	110
12_Faço exercício regularmente	3,1000	1,50199	110

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1_Peso-me todos os dias	16,2909	26,171	,504	,397	,666
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	18,0364	28,347	,481	,371	,674
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	18,1000	27,008	,593	,400	,652
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	18,0727	29,609	,439	,330	,683
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	18,1091	29,970	,289	,231	,711
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	17,8727	29,268	,495	,394	,675
9_Faço uma dieta com pouco sal	18,1727	30,548	,260	,176	,716
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	18,9545	34,080	,259	,135	,714
12_Faço exercício regularmente	16,9727	28,981	,285	,327	,717

## Anexo 20: Análise Fatorial da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Communalities

	Initial	Extraction
1_Peso-me todos os dias	1,000	,721
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,000	,621
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,000	,591
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,000	,427
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	1,000	,670
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	1,000	,578
9_Faço uma dieta com pouco sal	1,000	,501
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	1,000	,374
12_Faço exercício regularmente	1,000	,822

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2,960	32,888	32,888	2,960	32,888	32,888	2,284	25,376	25,376
2	1,233	13,702	46,590	1,233	13,702	46,590	1,577	17,527	42,902
3	1,112	12,350	58,941	1,112	12,350	58,941	1,443	16,039	58,941
4	1,056	11,729	70,670						
5	,758	8,422	79,091						
6	,612	6,803	85,894						
7	,484	5,379	91,273						
8	,448	4,983	96,256						
9	,337	3,744	100,000						

Método de extração: análise do componente principal.

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component		
	1	2	3
1_Peso-me todos os dias	,600	,501	,330
3_Se a minha falta de ar aumenta, contacto o meu médico ou enfermeiro	,695	-	-
4_Se os meus pés ou as minhas pernas ficarem mais inchados (as) que o habitual, contacto o meu médico ou enfermeiro	,762	-	-
5_Se aumento 2 quilos numa semana, contacto o meu médico ou enfermeiro	,625	,046	-
6_Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5-2 litros por dia)	,409	-	,666
8_Se sinto um aumento da fadiga, contacto o meu médico ou enfermeiro	,698	-	-
9_Faço uma dieta com pouco sal	,391	-	,459
10_Tomo a medicação tal como foi receitada	,405	-	-
12_Faço exercício regularmente	,418	,805	,012

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3
1	,793	,450	,410
2	-,274	,865	-,421
3	-,544	,222	,809

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

**Anexo 21:** *Alpha de Cronbach* dos fatores da Escala Europeia de Autocuidado na Insuficiência Cardíaca

Fator 01

Case Processing Summary		
		N
		%
Cases	Valid	112
	Excluded <sup>a</sup>	17
	Total	129
		86,8
		13,2
		100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,730	5

Fator 02

Case Processing Summary		
		N
		%
Cases	Valid	128
	Excluded <sup>a</sup>	1
	Total	129
		99,2
		,8
		100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,607	2

Fator 03

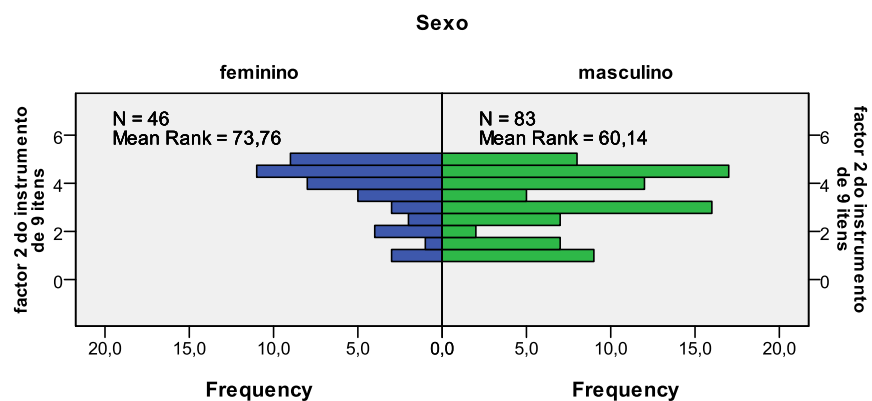
Case Processing Summary		
		N
		%
Cases	Valid	125
	Excluded <sup>a</sup>	4
	Total	129
		96,9
		3,1
		100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,368	2

## Anexo 22: Teste de *U-Mann-Whitney*

### Independent-Samples Mann-Whitney U Test



Total N	129
Mann-Whitney U	2.312,000
Wilcoxon W	3.393,000
Test Statistic	2.312,000
Standard Error	201,195
Standardized Test Statistic	2,003
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,045